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

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

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

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

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud
i+cs Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

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

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 Nº 2007/05.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad ... Sistema Nacional de Salud

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Índice

Presentación 7

Autoría y colaboraciones 9

Preguntas para responder 13

Resumen de las recomendaciones 15

1. **Introducción** 21

2. **Alcance y objetivos** 23

3. **Metodología** 25
   - 3.1. Formulación de las preguntas 25
   - 3.2. Estrategia de búsqueda 25
   - 3.3. Evaluación y síntesis de la evidencia 27
   - 3.4. Elaboración de recomendaciones 28
   - 3.5. Colaboración y Revisión externa 28

4. **Características de la GPC** 31
   - 4.1. Definición de trastorno mental grave 31
   - 4.2. Definición de concepto de Rehabilitación psicosocial 32
   - 4.3. Concepto de recuperación 33
   - 4.4. Investigación en intervenciones psicosociales 34

5. **Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial** 35
   - 5.1. Intervenciones psicológicas 35
     - 5.1.1 Terapia cognitivo-conductual 35
     - 5.1.2 Psicoterapias psicodinámicas y abordaje psicoanalítico 52
     - 5.1.3 Terapia interpersonal 53
     - 5.1.4 Terapia de apoyo 55
     - 5.1.5 Intervenciones familiares 58
     - 5.1.6 Intervenciones psicoeducativas 70
     - 5.1.7 Rehabilitación cognitiva 74
     - 5.1.8 Otras psicoterapias: terapia morita, dramaterapia, terapia de distracción e hipnosis 79
   - 5.2. Intervenciones sociales 83
     - 5.2.1 Programas de habilidades para la vida diaria 83

5.2.2 Programas residenciales en la comunidad 84
5.2.3 Programas dirigidos al ocio y tiempo libre 85
5.2.4 Programas dirigidos al empleo 87
5.2.5 Otras intervenciones terapéuticas: arteterapia y musicoterapia 97
5.3. Intervenciones de nivel de servicios 99
5.3.1 Centros de día y/o centros de rehabilitación psicosocial 104
5.3.2 Centro de salud mental comunitario 104
5.3.3 Tratamiento asertivo comunitario 105
5.3.4 ICM *(Intensive Case Management)* 106
5.3.5 Hospitales de día no agudos 107
5.3.6 *Case management* 107
5.4. Intervenciones con subpoblaciones específicas 110
5.4.1 TMG con diagnóstico dual 110
5.4.2 TMG “sin hogar” 113
5.4.3 TMG y nivel intelectual bajo/retraso mental 117

6. **Difusión e implementación** 119

7. **Recomendaciones de investigación futura** 121

Anexos

A1. Niveles de evidencia y grados de recomendación. Sistema modificado de SIGN 127
A2. Información obtenida de los grupos de trabajo con familiares y personas con TMG 128
A3. Plantilla para la elaboración de recomendaciones mediante evaluación formal o juicio razonado 129
A4. Información para personas con TMG y sus familias 130
A5. Abreviaturas 150
A6. Glosario 152
A7. Declaración de interés 154

Bibliografía 155

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 sufra 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 Nª 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.

Mª 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 Mª 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 Mª Álvarez Martínez. Psicólogo Clínico.
Hospital Universitario "Río Hortega". Valladolid.

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

Mª 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 Situé. 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.

Juan José 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 la colaboración experta y en la revisión externa, han realizado la declaración de interés, que se presenta en el Anexo 7.

Preguntas para responder

a) INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

- ¿Es efectiva la intervención psicológica basada en el Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de las personas con TMG?
- ¿Son efectivas la psicoterapia psicodinámica y abordaje psicoanalítico en el tratamiento de las personas con TMG?
- ¿Es efectiva la terapia interpersonal en el tratamiento de las personas con TMG?
- ¿Es efectiva la terapia de apoyo en el tratamiento de las personas con TMG?

Intervenciones familiares

- ¿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?

Intervenciones psicoeducativas

- ¿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?

Rehabilitación cognitiva

- ¿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?

Otras psicoterapias

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

b) INTERVENCIONES SOCIALES

- ¿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?
- ¿Qué formato de intervención sobre el empleo mejora la inserción laboral de las personas con TMG?
- ¿Las intervenciones terapéuticas, como la arteterapia y musicoterapia, mejoran la evolución de la enfermedad y la calidad de vida en personas con TMG?

c) INTERVENCIONES DE NIVEL DE SERVICIOS

- ¿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 agudo, o Case Management (CM)– es más efectivo en personas con TMG?

d) INTERVENCIONES CON SUBPOBLACIONES ESPECIFICAS

- ¿Qué tipo de tratamiento muestra mayor efectividad en personas con TMG y abuso de sustancias, integrado o en paralelo?
- ¿Qué intervención es más eficaz en personas con TMG y "sin hogar"?
- ¿Qué tratamiento psicosocial es más efectivo en personas con TMG y nivel intelectual bajo?

Resumen de las recomendaciones

5. INTERVENCIONES REHABILITADORAS DE TIPO PSICOSOCIAL	
5.1. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS	
5.1.1. Terapia Cognitivo-Conductual	
C	En las personas con TMG, el tratamiento cognitivo-conductual se puede utilizar combinado con tratamiento estándar, para disminuir la sintomatología positiva fundamentalmente las alucinaciones.
C	A las personas con TMG y sintomatología positiva persistente, se les puede ofertar una intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual específica para esta patología, de duración prolongada (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
5.1.2. Psicoterapia psicodinámica y Abordaje Psicoanalítico	
	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.
5.1.3. Terapia interpersonal	
C	Las estrategias dirigidas a prevenir recaídas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar deberían valorar el incorporar la terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT) al tratamiento.
5.1.4. Terapia de apoyo	
	No se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con la terapia de apoyo o *counselling* en el tratamiento de las personas con TMG.
5.1.5. Intervenciones familiares	
B	A las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, y a sus familias, se recomienda ofrecer intervención familiar como parte integrada del tratamiento.
B	En las intervenciones familiares que se realizan con personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, se recomienda la intervención en formato unifamiliar.

B	La duración recomendada en las intervenciones familiares dirigidas a personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados debe ser de al menos 6 meses y/o 10 o más sesiones.
A	Hay que ofrecer programas de intervención psicosocial que incluyan intervención familiar con componente psicoeducativo y técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales, añadido al tratamiento estándar a las personas con TMG y diagnóstico de psicosis no afectivas.
B	A los familiares y cuidadores de personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar, se les debe ofrecer programas psicoeducativos grupales, que incluyan información y estrategias de afrontamiento que permitan la discusión en un clima emocional distendido.
5.1.6. Intervenciones psicoeducativas	
A	Hay que proporcionar información de calidad sobre el diagnóstico y el tratamiento, dar apoyo y estrategias de manejo a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, a los familiares y a las personas con las que convivan.
A	En los programas psicoeducativos que se oferten a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, se deberá incorporar a la familia.
B	Los programas psicoeducativos grupales dirigidos a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar deberán incorporar técnicas psicológicas especificas, 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.
5.1.7. Rehabilitación cognitiva	
B	A las personas con TMG y diagnóstico de esquizofrenia y relacionados que presenten deterioro cognitivo se debe ofertar programas de rehabilitación cognitiva.
B	Los programas de rehabilitación cognitiva dirigidos a personas con TMG y deterioro cognitivo deben de estar integrados en programas más amplios de rehabilitación psicosocial.
C	De los programas o intervenciones de rehabilitación cognitiva dirigidos a personas con TMG, se recomienda optar por aquellos que incluyan o vengan acompañados de intervenciones “compensadoras”, es decir de cambios de estrategia, y entrenamiento en habilidades o técnicas de afrontamiento.
5.1.8. Otras psicoterapias	
	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.

5.2. INTERVENCIONES SOCIALES	
5.2.1. Programas de habilidades para la vida diaria	
√	Los programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria podrán ser ofertados a personas con TMG con el objetivo de mejorar su autonomía personal y su calidad de vida.
5.2.2. Programas residenciales en la comunidad	
D	En personas con TMG y necesidad de apoyo para el mantenimiento del alojamiento es aconsejable que la oferta de programas residenciales comunitarios se incluya dentro de programas psicosociales mas amplios.
5.2.3. Programas dirigidos al ocio y tiempo libre	
D	A las personas con TMG y deficiencias percibidas en las relaciones sociales deberían seguir programas de ocio y tiempo libre comunitarios.
√	En el seguimiento del programa terapéutico individualizado, se aconseja evaluar de forma sistemática la necesidad del uso de programas de tiempo libre y ofrecerlos a las personas con TMG que así lo requieran.
	5.2.4. Programas dirigidos al empleo
A	Son necesarios los programas de empleo protegido para las personas con TMG que expresen deseo de volver a trabajar o conseguir un primer empleo. Se recomiendan los programas basados en modelos de colocación con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata, y con apoyo individual frecuente.
C	Los programas de empleo protegido dirigido a la búsqueda de empleo normalizado no deben ser los únicos programas relacionados con actividad laboral que se ofrezcan a personas con TMG.
D	Sería recomendable que los centros de rehabilitación psicosocial que atiendan a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, incluyan programas de integración laboral.
B	Cuando se oferten programas de inserción laboral a personas con TMG, hay que evaluar y tener en cuenta las preferencias sobre el tipo de trabajo a realizar.
B	En las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados con historia de fracaso laboral previo, sería conveniente incorporar la rehabilitación cognitiva como componente en los programas dirigidos al empleo en los que vayan a participar.
√	Los equipos de Salud Mental, en coordinación con las instituciones y otros agentes sociales implicados, deberán orientar hacia todo tipo de recursos laborales, 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.
5.2.5. Otras intervenciones terapéuticas	
C	Se podrá ofertar musicoterapia y arteterapia a personas con TMG y trastorno esquizofrénico y relacionados como complemento terapéutico de otro tipo de intervenciones.

5.3. INTERVENCIONES DE NIVEL DE SERVICIOS	
B	Cuando las personas con TMG precisen un número elevado de reingresos en unidades de corta estancia, y/o existan antecedentes de dificultades de vinculación a los servicios con el consiguiente riesgo de recaída o crisis social (como por ejemplo pasar a convertirse en "sin hogar") es aconsejable proporcionar equipos de tratamiento asertivo comunitario.
√	Se debe favorecer la continuidad del tratamiento mediante la integración y coordinación de la utilización de los distintos recursos por parte de las personas con TMG, manteniendo una continuidad de cuidados e intervenciones y de relaciones psicoterapéuticas establecidas.
√	Se ha de mantener la asistencia desde la perspectiva del centro de salud mental comunitario como configuración de prestación de servicios más implantada en nuestro medio, basado en el trabajo en equipo, en la integración de servicios y sin perder la perspectiva de poder integrar otras formas de configurar los servicios que se puedan desarrollar.
√	Cuando las necesidades de las personas con TMG no pueden ser cubiertas desde el centro de salud comunitario se debe dar continuidad a la asistencia desde unidades que proporcionen cuidados de día, y cuya actividad se estructure en torno a los principios de la rehabilitación psicosocial, sea cual sea la denominación del recurso (Centros de Día, de Rehabilitación Psicosocial, etc.).
√	Se puede ofrecer un nivel de cuidados para las personas con TMG cuyas necesidades no pueden ser atendidas desde recursos que proporcionen cuidados de día en recursos residenciales de orientación rehabilitadora sea cual sea la denominación del recurso (unidades hospitalarias de rehabilitación, unidades de media estancia, comunidades terapéuticas, etc.).
5.4. INTERVENCIONES CON SUBPOBLACIONES ESPECIFICAS	
5.4.1. TMG con diagnóstico dual	
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.
5.4.2. TMG "sin hogar"	
A	En las personas con TMG y "sin hogar" que precisen atención psiquiátrica e intervención psicosocial, se recomienda que ambas les sean suministradas conjuntamente mediante programas integrados en los que se ofrezca alojamiento/programa residencial.

C	Cuando no haya abuso de sustancias activo, sería recomendable proporcionar alojamiento grupal a las personas con TMG y "sin hogar" incluidos en programas integrados de intervención.
C	Cuando no sea posible la utilización de programas de alojamiento y apoyo en la intervención psicosocial integrada de las personas con TMG "sin hogar", se debería ofertar la intervención de un equipo de tratamiento asertivo comunitario.
5.4.3. TMG y nivel intelectual bajo/retraso mental	
B	En las personas con TMG y nivel intelectual bajo, y en presencia de síntomas productivos persistentes, es recomendable el indicar la terapia cognitivo-conductual adaptada a esa condición.
√	Para mejorar el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos incluidos en el concepto de TMG en personas con nivel intelectual bajo, se deberán utilizar criterios adaptados e instrumentos específicos y validados.

1. Introducción

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia (existen estimaciones que sugieren que entre el 15 y el 25% de la población general los padece) y por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano[1]. 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 futuro[2].

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 personas y 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 infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo"[3].

Los términos "trastorno mental grave (TMG)" 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 positivas[1]. Asimismo, 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 TMG[2] 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 la introducción de aquellas 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 complemente 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, participación social en torno al concepto de recuperación personal. Y es así que la atención a 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 interdisciplinares.

El presente texto es la versión completa de la *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* (http://www.guiasalud.es).

2. Alcance y objetivos

Como se refería en la introducción, el abordaje terapéutico del TMG es complejo y debe incluir diferentes tipos de intervenciones en las que se ha de incluir a un equipo interdisciplinar.

En los últimos años se han aportado numerosas novedades terapéuticas en el ámbito de lo farmacológico (nuevos antipsicóticos atípicos o de segunda generación, nuevos estabilizadores del humor… etc.), que han contribuido a mejorar la evolución de las personas con TMG, pero que precisan de otras intervenciones para la mejora de aspectos relacionados con el funcionamiento en distintas áreas de la conducta, de la integración social, laboral y familiar.

Las evidencias sobre la efectividad del tratamiento psicofarmacológico son específicas para cada trastorno incluido en el concepto de TMG siendo únicos y no extrapolables a los demás trastornos. En la actualidad, existen diferentes guías de práctica clínica para personas con esquizofrenia y para personas con trastorno bipolar elaboradas por diferentes instituciones en las que se recogen principalmente este tipo de intervención.

Los nuevos enfoques terapéuticos y rehabilitadores apuestan por el paradigma de la recuperación *(recovery)* y bienestar *(well-being),* y se han ido introduciendo conceptos como "atención integral e integrada", que pretenden abarcar todo el déficit y las desventajas sociales que produce el impacto de la enfermedad mental en la persona que la padece. Esto supone un cambio hacia la participación de otros agentes, además del sanitario, y de otras intervenciones además de la farmacológica.

El objetivo de esta GPC es valorar la evidencia existente y disponible, y formular las recomendaciones oportunas sobre la efectividad de las diferentes intervenciones psicosociales (terapéuticas y rehabilitadoras) en las personas que sufren TMG. Esta GPC resume la evidencia disponible para las cuestiones clave de las intervenciones psicosociales y pretende facilitar a los profesionales sanitarios, las personas afectadas y sus familiares la toma de decisiones compartidas. Estas recomendaciones no son de obligado cumplimiento ni sustituyen al juicio clínico del profesional sanitario o social.

La población a la que va dirigida esta GPC está constituida por las personas que sufren trastorno mental grave y reúnen las tres dimensiones de clasificación elegidas en esta guía (diagnóstico, cronicidad y discapacidad). Se excluyen del grupo de población a la que va dirigida esta GPC los siguientes casos:

- Personas con trastornos mentales en la infancia y adolescencia (menor de 18 años).
- Personas mayores de 65 años, por ser susceptibles de recibir tratamiento en servicios diferentes a los de Salud Mental.
- Personas afectadas de trastornos mentales secundarios a enfermedades médicas.
- Personas que presentan psicosis orgánicas.
- Personas cuyo trastorno se incluye en categorías psicóticas pero de carácter transitorio o episódico.
- Personas cuyo diagnóstico principal es abuso de sustancias; discapacidad intelectual moderada-grave; trastornos generalizados del desarrollo que llegan a adultos, o trastorno mental orgánico.

- Personas con trastornos de la personalidad. Esto no significa que los trastornos de personalidad que presenten sintomatología psicótica queden excluidos, sino que este diagnóstico per se no implica la inclusión.

El ámbito al que va dirigida la guía son los equipos de salud mental de servicios asistenciales, rehabilitadores, residenciales y de dispositivos comunitarios, así como ambulatorios que atienden a personas con TMG. También podría ser útil para determinadas áreas de atención primaria y especializada, además de servicios sociales, servicios laborales, penitenciarios, educación y sector voluntario (asociaciones, ONG, etc.) que estén o entren en contacto con la asistencia o prestación de servicios a personas con TMG. Además, puede servir a personas con responsabilidad en planificación y aseguramiento de servicios sanitarios y sociosanitarios, así como a usuarios y familiares.

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

3. Metodología

La metodología empleada en la elaboración de esta GPC es la que recoge el manual *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico,* del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud[5]. Para graduar la efectividad de las intervenciones seleccionadas se usó los niveles de evidencia científica y grados de recomendaciones modificados de la Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica *(Scottish Intercollegiate Guidelines Network,* SIGN)[6] (anexo 1).

Los pasos que se siguieron para la elaboración de esta guía comenzaron por la constitución del grupo elaborador que está integrado por profesionales de psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social y de inserción laboral proveniente de diferentes ámbitos (hospitalario y comunitario), así como de fundaciones, y del sistema público sanitario y laboral del campo de la salud mental.

3.1. Formulación de las preguntas

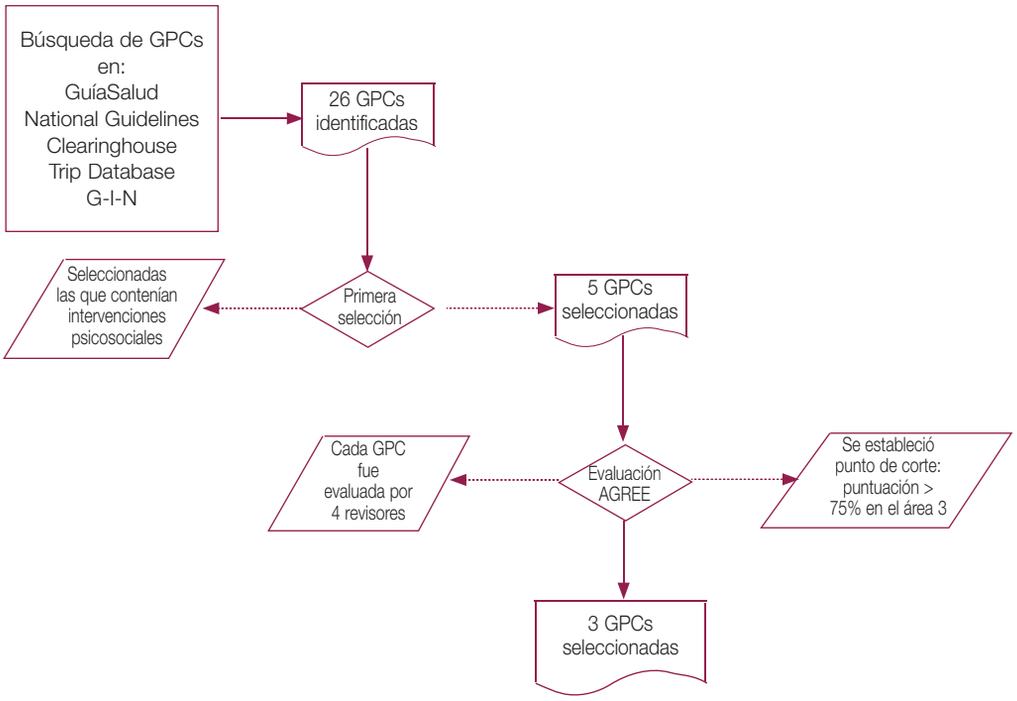
Para la fase de la formulación de preguntas clínicas se siguió el formato: Paciente/ Intervención/ Comparación/ *Outcome* o resultado. El proceso se inició con la realización de un taller metodológico de elaboración de preguntas en el que participaron todos los componentes del grupo elaborador y se creó un primer borrador con las preguntas y los subgrupos de categorías de las preguntas. Paralelamente, se contó con la participación de grupos de personas que sufren enfermedades mentales y de familiares de personas que sufren estas enfermedades. Mediante dos entrevistas grupales, una realizada con personas con enfermedad mental y otra con los familiares de forma separada, se les indicó el alcance y los objetivos de la GPC y se les pidió opinión acerca de las áreas que debían de abordar las preguntas (anexo 2). A partir de las sugerencias de los familiares y personas afectadas, y las del grupo elaborador de la GPC, se elaboraron las 20 preguntas a las que se responde en esta GPC.

3.2. Estrategia de búsqueda

Se comenzó la estrategia de búsqueda identificando en diferentes bases de datos y fuentes de información las GPC más relevantes (locales, nacionales e internacionales) elaboradas por otros grupos que pudieran ser relevantes para esta GPC: *National Guideline Clearinghouse,* Tripdatabase, GuíaSalud, NICE, y G.I.N (ver figura 1).

Se identificaron 26 GPC sobre algunos de los diagnósticos que se incluían dentro del criterio de TMG. De estas 26 guías, se descartaron aquellas en las que población, temas, intervenciones, fecha de realización o metodología no cumplían con los objetivos y alcance de esta GPC, quedando finalmente 5 guías seleccionadas.

Figura 1. Estrategia de búsqueda



Cada una de las 5 GPC seleccionadas fue evaluada por 4 revisores independientes. Se estableció el punto de corte para aceptar las guías en el 60%, exigiéndose en el apartado de metodología, el área 3: rigor y elaboración, tenía que ser superior a 75%. Finalmente, solamente 3 GPC pasaron el punto de corte establecido: las GPC de Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo elaboradas por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido *(National Institute for Health and Clinical Excellence,* NICE)[7,8,9], y se decidió utilizarlas como fuente de evidencia secundaria que ayudara a responder a algunos aspectos concretos.

Una vez finalizada la parte de la identificación y análisis de las GPC publicadas, para la búsqueda bibliográfica de la evidencia relevante que pudiese responder a las preguntas de la GPC previamente formuladas, se estableció que las bases de datos generales consultadas serían las siguientes: Medline, Cochrane Library, Embase y PsycINFO. Además, se consultaron diferentes Web, entidades y asociaciones, como Centre for Reviews and Dissemination (CDR), NICE, American Psychiatric Association (APA), y Clinicaltrials.gov. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron términos Mesh y lenguaje libre con el fin de mejorar la sensibilidad y especificad de la búsqueda. La búsqueda se restringió a revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios y estudios originales de ensayos clínicos aleatorios y no aleatorios; y a los idiomas inglés, francés, portugués y castellano. También se realizó búsqueda inversa de revisión de las referencias de los estudios identificados, incluidos o excluidos. Para obtener información en algunos aspectos de la GPC se realizó búsqueda manual en revistas científicas.

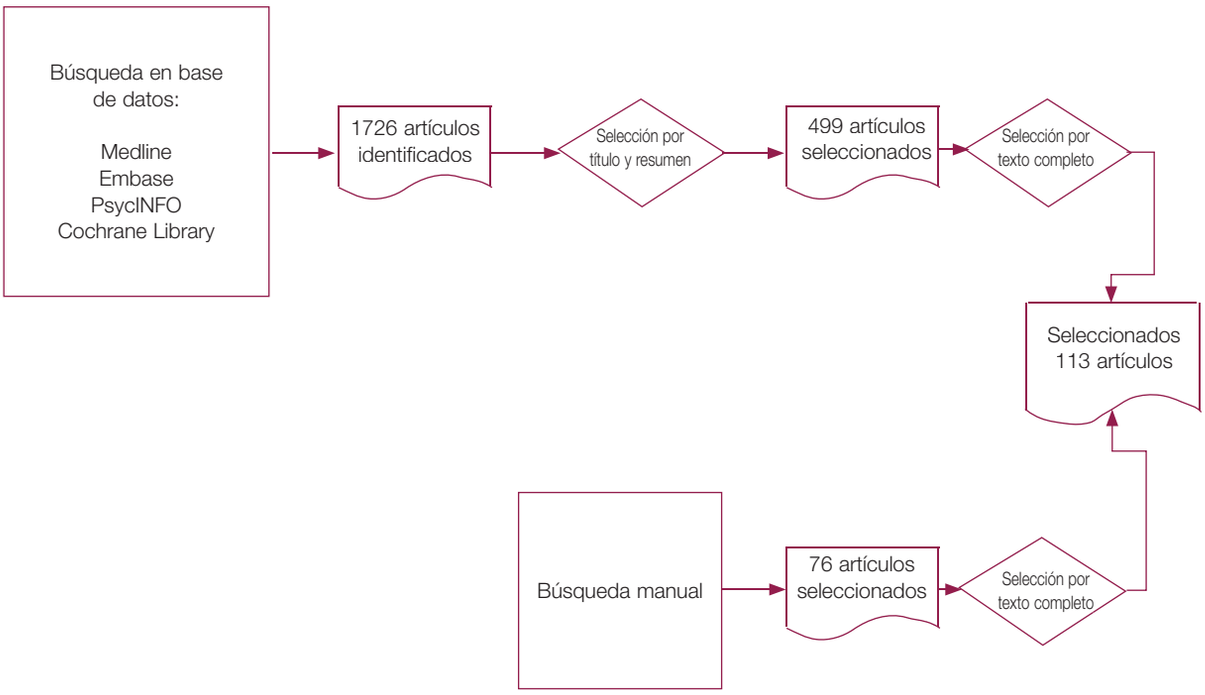
Debido a la ausencia de evidencia de calidad relativa a algunos aspectos concretos de las preguntas, en una segunda fase se realizó una búsqueda ampliada de estudios origina-

les observacionales y series de casos, y se consultó literatura gris (conferencias, informes no publicados, etc.) de ámbito nacional e internacional.

Anterior al proceso de finalización de la GPC, se procedió a una última búsqueda de aquellos artículos publicados recientemente (hasta diciembre de 2008) que pudiesen ayudar a responder a alguna de las preguntas de la GPC, y a su posterior lectura crítica para valorar la calidad del artículo y determinar si podía ser incluido en la evidencia utilizada para formular las recomendaciones. Todos los artículos publicados después de esta fecha no fueron incluidos como fuente de evidencia para la GPC (ver figura 2).

Previo a la edición de esta guía, se publicó un borrador preliminar de la actualización de GPC de Esquizofrenia elaboradas por el NICE[10]. Dicho documento fue revisado por el grupo elaborador de esta guía para analizar las posibles aportaciones y/o cambios surgidos en esta nueva actualización y que pudieran modificar las recomendaciones de la anterior guía de esquizofrenia[8] publicada también por el NICE.

Figura 2. Selección de artículos



3.3. Evaluación y síntesis de la evidencia

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo un primer cribado de los artículos encontrados. Se desecharon los artículos que, según título y resumen, no podían responder a las preguntas. Con los artículos restantes, aquellos cuyo título y resumen sugerían utilidad, se procedió a un segundo cribado y se hizo una primera lectura para ver si podían responder a algunas de las preguntas de la GPC. Después se procedió a la evalua-

ción de la calidad de aquellos artículos que habían pasado las dos cribas, utilizando la herramienta de lectura crítica de OSTEBA (OST FLCritica)[a]

Para la graduación de la evidencia de la efectividad de las intervenciones seleccionadas se usó el sistema jerárquico de clasificación de la Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica *(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)* modificado[6] (anexo 1) y los datos obtenidos de los articulos seleccionados se volcaron en una parrilla para su evaluación y la posterior elaboración de las recomendaciones de la guía (anexo 3).

Para cada pregunta de intervención, se seleccionó el nivel de evidencia más alto encontrado. Cuando había una revisión sistemática (RS) o metanálisis en relación a la pregunta, se utilizaban como fuente de evidencia y se desechaban los estudios menos sólidos o de peor calidad. Cuando no se encontraron RS o metanálisis, se utilizaron estudios observacionales o series de casos.

Se mantuvo el nivel de evidencia de la información que se obtuvo de otras fuentes, como las GPC anteriormente citadas, siempre y cuando se especificase de forma clara la fuente original de la que provenía esa evidencia. En los casos en los que no estaba claro, se utilizó esa información, pero se bajó el nivel de evidencia a uno inferior y, por lo tanto, el grado de recomendación.

3.4. Elaboración de recomendaciones

Tras finalizar la lectura critica de la evidencia disponible, se procedió a la formulación de recomendaciones. Para ello, con todo el grupo elaborador de la GPC, se realizó un grupo de discusión utilizando el juicio razonado, en el que teniendo en cuenta la calidad de la evidencia encontrada, y la experiencia clínica del grupo elaborador de la GPC, se fueron elaborando las recomendaciones con su graduación correspondiente.

Para cada pregunta se elaboraron varias recomendaciones, indicando su nivel de evidencia y grado de recomendación. Cuando hubo recomendaciones controvertidas o ausencia de evidencia, se resolvió por consenso del grupo elaborador. En aquellas preguntas respecto a las cuales no había una certeza clara de evidencia sobre un tema en particular, el grupo sugirió recomendaciones de investigación.

3.5. Colaboración y revisión externa

Las pautas establecidas en el *Manual Metodológico de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*[5] incluyen la participación de colaboradores expertos y revisores externos. Los colaboradores expertos participaron en la revisión de las preguntas y las recomendaciones de la GPC y los revisores externos contribuyeron a la revisión del borrador. Antes de enviar el borrador de la GPC a los revisores externos, los

---

[a] FL Crítica Versión 1.0.7 OSTEBA. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/metodos_formacion/es_1207/metfor.html

líderes clínicos de la GPC también realizaron una revisión del texto. El grupo elaborador de esta guía consideró cuidadosamente todos los comentarios y aportaciones realizadas durante el periodo de consulta a los colaboradores y revisores de la GPC e introdujo los cambios que consideró oportunos derivados de sus comentarios. Las recomendaciones que se aportan en esta GPC no tienen necesariamente que coincidir ni estar de acuerdo con las aportaciones de los revisores y colaboradores. La responsabilidad última de las recomendaciones recae en el grupo elaborador de esta GPC.

El documento de información dirigido a personas con TMG y sus familias, realizado por el grupo elaborador de esta GPC, fue revisado de forma anónima por personas que sufren TMG y familiares introduciéndose los cambios oportunos derivados de sus comentarios.

Para la elaboración de esta GPC se contó con la colaboración de las siguientes sociedades científicas: 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 representadas a través de los miembros del grupo elaborador, de los colaboradores expertos y revisores externos. También se ha contado con la inestimable aportación de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME) y a la Federación de Asociaciones Aragonesas Pro Salud Mental (FEAFES-ARAGON).

Está prevista una actualización de la GPC cada tres años, o en un plazo de tiempo inferior si aparece nueva evidencia científica que modifica algunas de las recomendaciones que contiene. Las actualizaciones se realizarán sobre la versión electrónica de la GPC, disponible en el sitio web de GuíaSalud (http://www.guiasalud.es).

4. Características de la GPC

4.1. Definición de trastorno mental grave

Existen diversas formas de definir el trastorno mental grave. En esta GPC se ha utilizado la de mayor consenso en la bibliografía[2,11], 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 solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)[12]:

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 ó 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 NIMH[4] 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 valido cualquiera de los criterios citados asumiendo que, la dimensión de duración de la enfermedad es la que más debilidades presenta de las tres y, que muchas de las intervenciones recogidas en esta guía son aplicables a pacientes en estadios iniciales de sus trastornos y que en sentido estricto no entrarían en el concepto de TMG. Esta GPC se mantendrá atenta a la consistencia de este criterio en futuras revisiones

Presencia de discapacidad

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

Según la definición del NIMH[4], está discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- 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 intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

En formulaciones más recientes esta discapacidad puede ser definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar, y medida a través de la EEAG[13], 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.

4.2. Definición de rehabilitación psicosocial

El concepto de rehabilitación psicosocial se mueve en un espacio con importantes niveles de confusión e imprecisión debido a *"factores como el carácter polisémico de muchos de*

los términos que utilizamos, la complejidad de prácticas y posiciones teóricas y su desigual nivel de desarrollo tanto en general como, especialmente, en nuestro país"[14]. La rehabilitación psicosocial, también denominada rehabilitación psiquiátrica, consiste en *"un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas, y se orientan a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida, y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas"*[11].

El foco principal de la rehabilitación es el funcionamiento de la persona en su entorno habitual, la mejora de sus capacidades personales y sociales, el apoyo al desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria, y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida de la persona afectada y de su familia, y el apoyo a su participación social en la comunidad del modo más activo, normalizado e independiente posible en cada caso. En otros términos, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo ayudar a personas con enfermedades mentales graves y persistentes a desarrollar las habilidades intelectuales sociales y emocionales que precisen para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor apoyo profesional posible[15].

En esta GPC, la importancia del concepto de rehabilitación psicosocial parte de la delimitación de su ámbito como un conjunto de intervenciones psicosociales comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración y participación social normalizada, y su papel en el marco de un sistema de servicios comunitarios para la atención a esta población. Así, el término hace referencia a un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de trastorno mental grave de manera continuada.

La rehabilitación psicosocial por tanto, es un instrumento puesto al servicio de la recuperación de la persona, y es necesaria su integración en todo el Sistema de Servicios Comunitarios de Salud Mental.

4.3. Concepto de recuperación

El concepto de recuperación del TMG se ha convertido en un concepto dominante en el sistema de cuidado de salud, pero carece de una definición consistente[16]. Se refiere al proceso de superación de la enfermedad más que al mero control de síntomas y, yendo más allá de la enfermedad, persigue una vida significativa y satisfactoria. La recuperación ha sido conceptualizada como un proceso, como un resultado y como ambos simultáneamente. Implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida de uno mismo a medida que uno crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental y no se refiere solo al alivio de síntomas, sino también a la competencia social y personal en áreas que la persona define como importantes[17].

El concepto de recuperación ha sido definido como *"el proceso en el que las personas son capaces de vivir trabajar, aprender y participar plenamente en su comunidad"*[18]. Anthony *et al.*[19] señala que las prácticas dirigidas a la recuperación reconocen que las personas con enfermedad mental tienen los mismos deseos y necesidades de trabajo, alojamiento, relaciones y ocio que cualquier otra persona que no sufre enfermedad mental.

La enfermedad mental supone cambios importantes que rompen las expectativas de vida tanto personales como en el entorno, en especial el familiar. El concepto de recuperación evidencia la necesidad de retomar las expectativas de vida, superando estos cambios a través de las diferentes técnicas que los servicios deben proporcionar. Cualquier intervención basada en el modelo de recuperación, aumenta su eficacia porque se orienta a retomar el significado que la vida tiene para el sujeto. Es por tanto una concepción integradora de las intervenciones, que tiene en cuenta la vida, los intereses y las motivaciones de la persona más allá de la eficacia de las intervenciones parciales.

La reintegración en la sociedad es un resultado que se puede alcanzar a través del uso de los servicios terapéuticos de salud mental, tal como la psiquiatría comunitaria y la rehabilitación, entre otros, así como también una iniciativa política y comunitaria para la promoción de la solidaridad y de la franqueza respecto a los individuos que sufren enfermedades mentales graves. La recuperación no es ni un servicio ni un resultado unitario de los servicios; es un estado personal[20]. Es necesario hacer referencia a este término en esta GPC por ser un objetivo de las intervenciones psicosociales, aunque sea difícil encontrar una definición operativa consensuada y universal del término.

4.4. Investigación en intervenciones psicosociales

La elaboración de ensayos clínicos aleatorios de calidad para poder determinar la posible efectividad de las diferentes intervenciones y formatos psicosociales es complicada. Esto puede ser en parte debido al tipo y complejidad de las propias intervenciones a las que se refieren y a las implicaciones éticas que conlleva. Cuando se plantea la realización de un estudio de investigación en esta área en concreto, se deberían tener en cuenta estas limitaciones y considerar la realización de estudios observacionales de buena calidad que, aunque se encuentren por debajo de los ECA en la pirámide de la evidencia, pueden aportar pruebas sobre la efectividad de algunas intervenciones, teniendo en cuenta las limitaciones que estos diseños tienen.

También se debería considerar el utilizar técnicas de investigación cualitativas, que son ampliamente utilizadas en el campo de las ciencias sociales y en menor medida, en las ciencias sanitarias, y que abarcan la recolección, análisis e interpretación de datos difícilmente reducibles a números. Este tipo de técnicas permiten estudiar contextos e intervenciones que, por su naturaleza, son difíciles de probar con técnicas cuantitativas como es el caso de algunas intervenciones psicosociales abordadas en esta GPC.

5. Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial

Como indican Gisbert *et al.*[11] las intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial, como parte de la atención integral a las personas con TMG, tienen como finalidad la superación o compensación de las dificultades psicosociales y de integración social que sufren estas personas, apoyándoles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.

Este tipo de intervenciones se centran en el funcionamiento de la persona, mejorar sus capacidades personales y sociales, y apoyar el desempeño de los diferentes roles de la vida social y comunitaria. En definitiva, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias, apoyando su participación social en la comunidad de un modo lo más activo, normalizado e independiente posible.

Se articulan a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y, por otro, actuaciones sobre al ambiente. Incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias, hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico[21].

Las intervenciones psicosociales en rehabilitación han ganado en operatividad y eficacia con la incorporación de diferentes estrategias extrapoladas y adaptadas del campo de la psicología, del aprendizaje social, la modificación de conducta, la intervención social y los recursos humanos, incluyendo entre otras: entrenamiento y desarrollo de habilidades personales y sociales, estrategias psicoeducativas y de intervención psicosocial con familias y usuarios, desarrollo de redes sociales, apoyo social, etc. Este conjunto de estrategias de intervención psicosocial han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de personas con TMG y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad[11].

5.1. Intervenciones psicológicas

5.1.1. Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un 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[22,23] y otros en procesos tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas[24], o contenidos del pensamiento: autoinstrucciones, pensamientos automáticos, etc.[23,25]. Asimismo, existen importantes diferencias en las estrategias de intervención. A

pesar de estas diferencias, se pueden señalar las siguientes características comunes a todas ellas:

- El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas. Es decir, la identificación y la alteración sistemática de aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar a la persona a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los pacientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.
- Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, etc. En general, en la modificación cognitivo-conductual se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero aquí tales manipulaciones representan ensayos de feedback informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que la persona cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.
- La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente[26].

Entrenamiento en habilidades sociales

Se entiende como habilidades sociales las capacidades de respuesta específica, necesaria para un desempeño social efectivo[27]. 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 resuelven los problemas de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.[28]

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 comunidad[29]. 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 expresión[30]. Siguiendo estas premisas, se ha incluido el entrenamiento en habilidades sociales dentro de la TCC porque es dentro de este paradigma donde principalmente se trabajan las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia.

Para poder lograr el adquirir esta serie de actitudes y comportamientos, existen los programas de entrenamiento en habilidades sociales que integran intervenciones psicosociales estructuradas, grupal, individual o ambas, creada para mejorar el comportamiento social y reducir el estrés y la dificultad en el manejo de las situaciones sociales. Los componentes del procedimiento del entrenamiento en habilidades sociales se derivan de los

principios básicos del aprendizaje que incluyen el condicionamiento operante, el análisis experimental de la conducta, la teoría del aprendizaje social, la psicología social y la cognición social[29]

Los componentes claves son cuatro:

- Valoración, comportamentalmente cuidadosa, de una lista de habilidades sociales interpersonales.
- Énfasis en la comunicación, tanto verbal como no verbal.
- Entrenamiento centrado en la percepción del individuo y el procesamiento de situaciones sociales relevantes, y la habilidad del individuo para ofrecer refuerzos sociales adecuados.
- Tareas para realizar en casa, además de las intervenciones que se realizan en la clínica[8].

Desde otra perspectiva el entrenamiento en habilidades sociales puede basarse en tres modelos: el básico basado en el aprendizaje correctivo, el de resolución de problemas sociales y el de rehabilitación cognitiva[27]. Para cualquiera de estos tres enfoques existe en la literatura poca definición en cuanto a sus efectos en la generalización de las conductas y la mejoría en el funcionamiento social[31].

El fundamento para el uso del entrenamiento en habilidades sociales en esquizofrenia se basa en múltiples fuentes empíricas y conceptuales. Las habilidades sociales y la competencia social pueden ser consideradas como factores protectores dentro del modelo de diátesis estrés-vulnerabilidad para la esquizofrenia. Reforzar las habilidades y la competencia social de las personas con esquizofrenia –junto a otras intervenciones basadas en la evidencia– atenúa y compensa los efectos nocivos del déficit cognitivo, la vulnerabilidad neurobiológica, los acontecimientos estresantes y la desadaptación social[29].

Pregunta para responder

- ¿Es efectiva la intervención psicológica basada en el 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

Jones *et al.*[32] realizan una RS compuesta por 19 ECA; se excluyeron estudios cuasi aleatorios. Ningún ensayo pudo utilizar una técnica de doble ciego, debido a las dificultades inherentes al proceso de encubrimiento en las intervenciones psicosociales. De todos los ECA, 7 estudios intentaron reducir cualquier sesgo resultante mediante el uso de evaluadores que desconocían la designación. La duración de los ensayos varió entre 8 semanas[33] y 5 años[34], pero el promedio de la duración fue de aproximadamente 20 meses.

Los 19 ensayos centraron su estudio en personas con psicosis, como la esquizofrenia, el trastorno delirante o el trastorno esquizoafectivo, y todos emplearon criterios operativos para los diagnósticos (DSM III-R, DSM-IV o ICD-10). Se informó de que muchas personas padecían otros trastornos mentales comórbidos, como depresión o trastorno de ansiedad. En solo un ensayo, la duración de la enfermedad fue inferior a 5 años[35]. Algunos autores intencionadamente seleccionaron personas con síntomas resistentes a la medicación [36,37]. Las edades de los participantes variaban entre 18 y 65 años.

En esta revisión se evalúan las siguientes intervenciones:

- Terapia cognitivo-conductual: se ha utilizado para hacer referencia a distintas intervenciones, por lo que los revisores elaboraron los siguientes criterios concretos para poder definir una intervención cognitivo-conductual como tal:
  - La intervención debe suponer el establecimiento de relaciones entre los pensamientos, sentimientos y acciones de la persona con respecto al síntoma en cuestión.
  - Debe además suponer la corrección de las percepciones falsas, las creencias irracionales y los sesgos de razonamiento de la persona en relación con el síntoma en cuestión.
  - Debe implicar al menos una de las siguientes condiciones: un control por parte de la persona de sus pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con el síntoma en cuestión, y la proposición de alternativas para afrontarlo.
- Tratamiento estándar: el tratamiento que una persona recibía normalmente, si no fuera incluida en el ensayo de investigación. La categoría "atención estándar" también incluye "grupos de control en lista de espera", en los que los participantes reciben tratamiento farmacológico u otras intervenciones.
- Medicación específica: cuando el grupo de control recibe un fármaco específico en comparación con TCC.
- Ninguna intervención: grupos control sin tratamiento.
- Intervenciones farmacológicas complementarias: cuando el tratamiento estándar ha sido complementado con medicación adicional.
- Otras intervenciones psicosociales: cuando el tratamiento estándar ha sido complementado con intervenciones sociales o psicológicas adicionales, tales como la terapia no directiva, la terapia de apoyo y otras terapias de conversación.

De todos los ECA incluidos en la revisión de Jones *et al.*[32], los obtenidos para responder este apartado provienen solamente de 9 ECA[33-35,37-42]. El equipo elaborador de esta GPC decidió excluir el resto de los ECA de la revisión de Jones *et al.* por considerar que no aportaban datos que pudieran interesar al tema de la pregunta.

Se incluyó también la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] que contiene una RS de Pilling *et al.* [43] de cuyos 8 ECA el grupo NICE incluye 7 (el ECA de Carpenter *et al.*[44] fue excluido porque no coincidía la definición que ellos habían elaborado) y además añadieron 6 ECA más. En total se incluyeron 13 ECA (n = 1297).

Todos los participantes de los estudios recibieron también antipsicóticos y el tratamiento cognitivo-conductual fue ofrecido mayoritariamente a las personas con más tiempo de evolución de la enfermedad o más resistentes al tratamiento. El grupo control recibe cuidados estándar, actividades recreativas o consejo.

Los estudios de TCC incluidos en esta revisión utilizaron terapeutas entrenados, con una supervisión regular y utilizando manuales de terapia, con la excepción de Turkington *et al.* [45], que contó con un programa de entrenamiento de 10 días a un grupo de enfermeras especializadas en psiquiatría.

Finalmente, se seleccionó un metanálisis de Zimmermann *et al.*[46], que incluye 14 estudios (n =1484), publicados entre 1990 y 2004. De todos los estudios, 11 aportaron datos de seguimiento. Un total de 540 personas tomaron parte en los análisis de seguimiento temprano (3–12 meses) (256 con TCC, y 284 con otro tratamiento con el que se compara), y un total de 353 personas tomaron parte en los análisis de seguimiento tardío (más de 12 meses) (127 de ellos con TCC, y 226 con otro tratamiento con el que se compara). Los criterios de inclusión utilizados en el metanálisis fueron que las comparaciones fueran de TCC vs. grupo control (lista de espera, tratamiento usual u otro tratamiento terapéutico); las personas cumplieran criterios DSM-III R o DSM-IV para esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante; que los estudios fuesen completados entre 1990 y 2004, y que los resultados tuviesen información estadística.

El grupo elaborador de esta GPC decidió excluir los datos de esta revisión referentes a sintomatología aguda y extraer los definidos para casos crónicos.

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

En este subapartado se tuvo en cuenta las aportaciones de la GPC de Esquizofrenia del NICE [8], que incluye la revisión de Pilling *et al.*[47], y a la que se le añade un ECA[33]. Todos los controles fueron definidos como "cuidados estándar" o "grupos de discusión". Los estudios incluidos variaban en cuanto a la duración del tratamiento (de 4 semanas a 2 años), seguimiento (de 6 meses a 2 años), lugar del tratamiento (pacientes ambulatorios, ingresados, de día o mezclados), y sexo de los participantes (mezclados, o todos los participantes eran varones). Todos los estudios provienen del ámbito anglosajón.

También se tuvo en cuenta la revisión de Kurtz y Mueser[48] en donde 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.

En esta revisión se incluyen 23 estudios aleatorizados (n = 1599) y se diferencian las magnitudes de efectos para distintas medidas proximales (como ejecución de las habilidades entrenadas), intermedias (como funcionamiento social) o distales (como recaídas).

Parece existir una divergencia entre los estudios escogidos en cuanto a la fuerza de la recomendación o la magnitud del efecto. Esto lleva a divergencias, como ocurre en el caso de los datos aportados por la GPC de Esquizofrenia del NICE[8], que no detecta evidencia como para apoyar esta intervención que en los criterios PORT[49] se aconseja. Kurtz y Mueser[48] argumentan que el estudio de Pilling *et al.*[47], en el que se basa la GPC de Esquizofrenia del NICE[8], es más restrictivo y mezcla medidas distales con proximales, por lo que es más difícil encontrar efectos significativos. Además, la revisión de Kurtz y Mueser[48] es posterior a la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] e incluye más estudios.

La medida de los síntomas aislados no es suficiente para reflejar resultados significativos. Para evaluar resultados a largo plazo es esencial la información sobre la situación

social de las personas; es decir, evaluar cómo viven, cómo funcionan en la sociedad y cómo desempeñan sus diversos roles, dando importancia a resultados lejanos (distales) y costosos frente a los psicopatológicos más cercanos (proximales)[50].

El equipo elaborador de esta GPC optó por incluir ambos estudios al considerar que en muchos aspectos son congruentes y complementarios por el distinto enfoque de medidas que ofrecen. El impacto de esta intervención viene determinado por una parte por el bajo efecto en medidas distales detectado y por la población a la que va destinada. Cabe plantear que el impacto es bajo si lo que se pretende es que sea una intervención destinada a prevenir recaídas porque posiblemente la población destinataria presenta otros tipos de problemas, y puede ser más elevado si se pretende mejorar el funcionamiento psicosocial.

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 centrada de psicoterapia. Implica la realización de unas pocas sesiones prácticas en las que el terapeuta estructura un proceso con los pacientes para identificar sus problemas más inmediatos y diseñan tareas acordadas y maneras de resolverlos. La terapia de resolución de problemas tiene un componente cognitivo y conductual, 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).

Los principales objetivos de la terapia son incrementar la comprensión de las personas acerca de la relación de sus síntomas y sus problemas, incrementar la capacidad de definir los problemas actuales e identificar los recursos que tienen para abordar el problema, enseñarles un procedimiento específico para resolver el problema de una manera estructurada, incrementar su confianza y autocontrol en una situación problemática y prepararles para problemas futuros.

Xia *et al.*[51] hacen una revisión sistemática sobre la efectividad de la terapia de resolución de problemas y la comparan con otras terapias equivalentes o con la atención habitual para personas con esquizofrenia. Se identifican tres ECA (n = 61), de los cuales, en dos, aunque dicen ser aleatorios, no se indica el método de aleatorización y cegamiento.

Entrevista motivacional

Cleary *et al.*[52] realizan una revisión sistemática (incluye 25 ECA) dentro de la terapia cognitivo-conductual (periodo de búsqueda hasta abril 2006), con el objetivo de valorar el efecto de las intervenciones psicosociales en la reducción de consumo de sustancias en personas con TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión). Cinco de los ECA[53-57] incluidos aportan información respecto a la eficacia de la entrevista motivacional en relación a la mejora del aspecto mental o disminución de consumo.

Los estudios seleccionados para poder responder a este subapartado de la pregunta presentan un buen nivel de generalización a la población de la GPC, ya que los participantes son en su mayoría personas con esquizofrenia y/o esquizo-afectivos, diagnosticados con criterios DSM y CIE y en población adulta.

El tamaño de la población es significativo y la magnitud del efecto es moderada en la mayor parte de los estudios, por lo que el impacto que este tipo de intervención puede tener en el Sistema Nacional de Salud puede ser significativo si está bien definido el subtipo de pacientes a los que va dirigida la intervención y las características de ésta (duración, número de sesiones, etc.).

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

Para este grupo de población, se utiliza los datos obtenidos por la RS de Beynon *et al.*[58] en la que se incluye 20 ECA o estudios cuasi aleatorizados, con al menos 3 meses de seguimiento, de los que solamente 5 evaluaban la TCC. Los pacientes eran TB tipo I, o pacientes de tipo I y II combinados; ninguno presentó solo pacientes de tipo II. Los datos que se extraen de esta revisión son los aportados por el ECA de Cochran[59].

También se ha tenido en cuenta la GPC de Trastorno Bipolar del NICE [7], que incluye 5 estudios (uno de ellos no publicado)[60-63]. La mayoría de estos estudios eligió pacientes eutímicos que se mantenían bien con medicación, y en el estudio de Scott *et al.*[63] se incluía una proporción de pacientes en fase aguda, así como algunos pacientes sin medicación. Los datos proporcionados por este autor se obtuvieron excluyendo a estos pacientes que se encontraban en la fase aguda.

Terapia cognitivo-conductual para personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

Terapia cognitivo-conductual (TCC) + tratamiento estándar (TE) *vs.* tratamiento estándar (TE)

Recaídas/reingresos

La TCC administrada junto con tratamiento estándar, comparada con tratamiento estándar solamente, no redujo significativamente los índices de recaída o de reingreso en el hospital a medio plazo (1 ECA; n = 61; RR=0,1; IC 95%: entre 0,01 y 1,7)[38] y tampoco a largo plazo (4 ECA; n = 357; RR = 0,8; IC 95%: entre 0,5 y 1,5)[32]. ECA (1-) RS (1-)

Estado global general

A corto plazo, se observó una diferencia a favor de la TCC de acuerdo con mediciones realizadas con la escala de *Global Assessment Scale* (GAS) cuando se comparó con el tratamiento estándar. (2 ECA; n =100; DMP = 7,58; IC 95%: entre 2,93 y 12,22; p = 0,001)[32]; a medio plazo (1 ECA; n = 67; DMP = 12,6; IC 95% entre 5,8 y 1,43; p = 0,0003)[39]; a largo plazo este efecto dejó de ser significativo (2 ECA; n = 83; DMP = 4,51; IC 95%: entre -0,3 y 9,32; p = 0,07)[32]. RS (1-) ECA (1-) RS (1-)

Estado mental

RS (1-) En la medida "ninguna mejoría clínicamente significativa", los datos combinados mostraron una diferencia significativa a favor de la TCC administrada junto con tratamiento estándar, en comparación con el tratamiento estándar solo, cuando este resultado se midió entre las semanas 13 y 26 (2 ECA; n = 123; RR = 0,7; IC 95% entre 0,6 y 0,9; NNT = 4; IC 95%: entre 3 y 9). La diferencia dejó de ser significativa después de transcurrido un año (5 ECA; n = 342; RR = 0,91; IC 95%: entre 0,74 y 1,1)[32].

RS (1-) Puntuaciones para los síntomas generales: No se observaron diferencias significativas a corto o medio plazo cuando la TCC administrada junto con tratamiento estándar se comparó con el tratamiento estándar solo (corto plazo; 2 ECA; n = 126; DMP = 0,05; IC 95%: entre -2,9 y 3; p = 1)[32]; (medio plazo, 1 ECA; n = 52; DMP= -1,7; IC 95%: entre -5,4 y -0,2;

ECA (1-) prueba del efecto global = -0,90; p = 0,4)[40]. Sin embargo, a los 18 meses se observó una mejoría estadísticamente significativa en las personas asignadas a la TCC (1 ECA; n = 47; DMP = -4.7; IC 95%: entre -9,2 y -0,2; p = 0,04)[40].

ECA (1-) Síntomas específicos: Cuando se evaluaron grupos de síntomas específicos, en el caso de las alucinaciones se observó un efecto significativo a largo plazo a favor de la TCC combinada con tratamiento estándar (1 ECA; n = 62; RR = 0,53; IC 95%: entre 0,3 y 0,9)[34].

No se observó ningún efecto de la TCC en la convicción de las creencias delirantes durante el mismo periodo de tiempo (1 ECA, n = 62, RR = 0,8; IC 95% entre 0,4 y 1,3) [34].

RS (1-) Dos ensayos describieron efectos significativos a favor de la terapia cognitivo-conductual cuando se consideraron las subescalas de la PANSS. Se observó un efecto significativo para los síntomas positivos (2 ECA; n = 167; DMP = -1, IC 95%: entre -1,9 y -0,04; prueba del efecto global = -2,04 y p = 0,04), los síntomas negativos (2 ECA; n = 167; DMP = -2,3; IC 95%: entre -3,8 y -0,8; prueba del efecto global = -3,05; p = 0,002) y los síntomas globales (2 ECA; n = 167; DMP = -2,59; IC 95%: entre -4,91 y -0,3; prueba del efecto global = -2,20 y p = 0,03)[32].

Calidad de vida

ECA (1-) No se observaron efectos significativos en la calidad de vida según la escala (*Quality of Life Scale*) (1 ECA, n = 40, DMP = 9,7; IC 95%: entre -3,2 y 2,2; prueba del efecto global = 1,47; p = 0,14)[33].

Funcionamiento social

Un estudio informó de los resultados mediante la utilización de 7 subescalas del *Social Functioning Questionnaire* (Cuestionario sobre el funcionamiento social). No se observaron efectos significativos para el retraimiento (n = 133; DMP = 0,54; IC 95%: entre -0,4 y 1,5), la conducta interpersonal (n = 133; DMP = 0,5; IC 95%: entre -0,1 y 1,2), la independencia (desempeño) (n = 133; DMP = 1,9; IC 95%: entre -0,2 y 4), la independencia (competencia) (n = 133; DMP = -0,3; IC 95%: entre -1,5 y 1), la recreación (n = 133; DMP = 1,17; IC 95%: entre -0,7 y 3) o el empleo (n = 133; DMP = 0,9, IC 95%: entre -0,2 y 2). Sin embargo, se observó un efecto significativo a favor de la TCC para las conductas prosociales (n = 133; DMP = 4,9, IC 95%: entre 2 y 7,7)[41]. ECA (1-)

Terapia cognitivo-conductual (TCC) + tratamiento estándar (TE) *vs.* psicoterapia de apoyo + tratamiento estándar (TE).

Recaídas

Los estudios no encontraron diferencias significativas en las ratios de recaída entre la TCC y la psicoterapia de apoyo, a medio plazo (1 ECA; n = 59; RR = 0,6; IC 95%: entre 0,2 y 2; prueba del efecto global = -0,75; p = 0,5)[38] o largo plazo (2 ECA; n = 83; RR = 1,1; IC 95%: entre 0,5 y 2,4; prueba del efecto global = 0,12; p = 0,9)[32]. ECA (1-) RS (1-)

Un ECA informó de datos a partir de la escala GAF y tampoco encontró efectos significativos (1 ECA; n = 30, DMP = -0,5; IC 95%: entre -7,6 y 6,6; prueba del efecto global = -0,14; p = 0,9)[42]. ECA (1-)

Estado mental

La TCC no mejoró significativamente las ratios de mejoría clínicamente significativa a medio plazo (1 ECA; n = 59; RR = 0,8; IC 95%: entre 0,6 y 1,1; prueba del efecto global = -1,60, p = 0,11)[38] o a largo plazo (2 ECA; n = 100; RR = 0,9; IC 95%: entre 0,8 y 1,1; prueba del efecto global = -0,62; p = 0,5)[32]. ECA (1-) RS (1-)

Puntuaciones para los síntomas generales: En una medida continua del estado mental (medido con la escala BPRS) no se encontraron diferencias significativas entre la TCC y la psicoterapia de apoyo a corto plazo (1 ECA; n = 20; DMP = 8,5; IC 95%: entre -3 y 20; prueba del efecto global = 1,42; p = 0,16)[35]. ECA (1-)

Sin embargo, a medio plazo se advirtieron diferencias significativas a favor de la TCC (1 ECA; n = 37; DMP = -7,6; IC 95%: entre -14 y -0,9; p = 0,03)[37]. ECA (1-)

En la puntuación total de la escala *Positive and negative syndrome scale* (PANSS), en un estudio no se encontraron efectos significativos a corto plazo (1 ECA; n = 149; DMP = 1,8; IC 95%: entre -4,0 y 7,6; prueba del efecto global = 0,60; p = 0,5)[64], o a largo plazo (1 ECA, n = 40; DMP = -6,5, IC 95%: entre -18,9 y 5,9; prueba del efecto global = -1,02; p = 0,3)[42]. ECA (1-)

Síntomas específicos: cuando la TCC se comparó con otros tratamientos psicológicos, no se observó un efecto positivo en la mejora de los delirios (1 ECA, n = 40; DMP = 1,4; IC 95%: entre -2,3 y 5,1; prueba del efecto global = 0,74; p = 0,5); pero sí se encontró respecto a las alucinaciones (1 ECA; n = 40; DMP = 1,24, IC 95%: entre 2,1 y 4,6; prueba del efecto global = 0,12; p = 0,9)[42].

Terapia cognitivo-conductual (TCC) *vs.* tratamiento estándar (TE)

Recaídas

RS (1+) No hay suficiente evidencia para determinar si la TCC mejora las recaídas cuando se compara con cuidados estándar (cuidados rutinarios, *Case Management* y medicación) durante el tratamiento (n = 121; RR = 0,88; IC 95%: entre 0,46 y 1,66), cuando se compara con cuidados estándar a los 12 meses postratamiento (n = 61; RR = 1,51; IC 95%: entre 0,79 y 2,87) y a 1-2 años postratamiento (n = 154; RR = 0,82, IC 95%: entre 0,60 y 1,13)[8].

Los programas de TCC de mayor duración (más de 3 meses) reducen las recaídas, comparados con otras intervenciones (n = 177; RR = 0,72; IC 95%: entre 0,52 y 0,99; NNT = 7; IC 95%: entre 4 y 100)[8].

Síntomas

RS (1-) Hay cierta evidencia que indica que la TCC, cuando se compara con el TE, reduce síntomas al final del tratamiento (no hay una importante mejoría tomada como la reducción del 40% en la puntuación total de la escala BPRS o como la reducción del 50% en los síntomas positivos de la escala BPRS (n = 121; RR = 0,78; IC 95%: entre 0,66 y 0,92; NNT = 5; IC 95%: entre 4 y 13)[8].

RS (1+) La TCC mejora el estado mental, cuando se compara con tratamiento estándar al final del tratamiento (puntuaciones finales de las escalas PANSS/BPRS/CPRS: n = 580; SMD = -0,21; IC 95%: entre -0,38 y -0,04)[8].

RS (1-) No hay suficiente evidencia que indique que la TCC reduce síntomas cuando se compara con otras intervenciones psicológicas al final del tratamiento (no hay una mejoría importante cuando se mide como la reducción del 50% en síntomas positivos de la escala BPRS: n = 121; RR = 0,76; IC 95%: entre 0,62 y 0,93; NNT= 5; IC 95% entre 3 y 15), ni a los 9–12 meses postratamiento (no hay una importante mejoría, tomada como la reducción del 20% en la puntuación total de la escala BPRS ni el 20% en la reducción de la puntuación de los síntomas positivos de la escala BPRS: n = 149; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,63 y 1,00)[8].

Sintomatología persistente

No se puede determinar si la TCC reduce síntomas a los 9 meses de seguimiento (no hay una importante mejoría cuando se mide como una reducción del 20% en BPRS: n = 60; RR = 0,53; IC 95%: entre 0,35 y 0,81; NNT = 3, IC 95% entre: 2 y 6)[8]. RS (1-)

Hay fuerte evidencia que indica que la TCC mejora el estado mental en la evaluación postratamiento (Escalas BPRS, CPRS: n = 182; SMD = -0,56; IC 95%:entre -0,85 y -0,26)[8]. RS (1+)

Funcionamiento social

Hay limitada evidencia de mejoría cuando la TCC se compara con cuidados no estándar al final del tratamiento (Escala de funcionamiento de roles: n = 15; DMP = -4,85; IC 95%: entre -7,31 y -2,39)[8]. RS (1-)

Terapia cognitivo-conductual (TCC) *vs.* otros tratamientos

En la revisión sistemática de Zimmermann *et al.*[46], que compara la TCC frente a otros tratamientos en la mejora de los síntomas positivos, los resultados indican que la TCC reduce los síntomas positivos en comparación con los otros tratamientos, y que el beneficio fue mayor para los pacientes con episodio agudo que para los pacientes crónicos. TCC *vs*. tratamiento no específico: crónicos (5 estudios; n = 246; RR = 0,32; IC 95%: entre 0,06 y 0,57); y TCC *vs*. tratamiento usual (medicación): crónicos (6 estudios; n = 569; RR = 0,26; IC 95%; entre 0,09 y 0,43). RS (1-)

Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS)

Entrenamiento en habilidades sociales *vs.* tratamiento estándar (TE) u otros tratamientos

Recaídas/reingresos

No hay una evidencia clara que indique que el entrenamiento en habilidades sociales vs. tratamiento estándar reduzcan las recaídas o reingresos (n = 64; RR = 1,14; IC 95%: entre 0,52 y 2,49 o cuando se compara con otros tratamientos (n = 80; RR= 0,94; I C 95%: entre 0,63 y 1,40)[47]. RS (1-)

Mejoría de la calidad de vida

No se puede determinar que el entrenamiento en habilidades sociales cuando se compara con el tratamiento estándar mejoren la calidad de vida de las personas (n = 40; DMP = -9,67, IC 95%: entre -22,56 y 3,22)[33] ECA (1-)
y tampoco en comparación con otros tratamientos (n = 80; DMP = -0,09; IC 95%: entre -0,42 y 0,24)[47]. RS (1-)

Funcionamiento social

ECA (1-) No hay evidencia que indique que el entrenamiento en habilidades sociales, cuando se compara con tratamiento estándar, mejore el funcionamiento social (*Escala Behavioural Assessment Task*: n = 40; DMP = -2,61; IC 95%: entre -4,56 y 0,66)[33].

Estado mental

ECA (1-) No hay diferencias entre el entrenamiento en habilidades sociales o el tratamiento estándar respecto a la mejoría del estado mental (BPRS: n = 40; DMP = -7,18; IC 95%: entre -13,62 y -0,74); (SANS: n = 40; DMP = -8,03, IC 95%: entre -15,27 y -0,79)[33].

RS (1+) En la revisión sistemática de Kurtz y Mueser[48] en la que compara el entrenamiento en habilidades sociales frente a otras terapias activas o TE, se indica que los ES (*Effect Size*) obtenidos en las distintas medidas (de proximales, o ejecución de habilidades entrenadas, a distales, que implica la mejora de sintomatología y ausencia de recaídas) fueron los siguientes:

No hay diferencia en la ejecución de las habilidades entrenadas (7 estudios, n = 330): ES: 1,20 (IC 95%: 0,96 a 1,43). Sí hay una significación a favor del entrenamiento en habilidades sociales en el resto de las medidas: habilidades sociales y de la vida diaria (7 estudios, n = 481): ES: 0,52 (IC 95%: entre 0,34 y 0,71); Funcionamiento Social (7 estudios, n = 371): ES: 0,52 (IC 95%: entre 0,31 y 0,73); Síntomas negativos (6 estudios, n = 363): ES: 0,40 (IC 95%: entre 0,19 y 0,61); Otros síntomas (10 estudios, n = 604): ES: 0,15 (IC 95%: entre -0,01 y 0,31); Recaídas (9 estudios, n = 485): ES: 0,23 (IC 95%: entre 0,04 y 0,41).

Resolución de problemas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

Resolución de problemas *vs.* tratamiento estándar (TE)

RS (1+) Xia *et al.* [51] indican que no hay diferencias entre la resolución de problemas y TE en cuanto a (1 ECA, n = 12) la capacidad de resolución de problemas (RR = 0,20; IC 95%: entre 0,03 y 1,2), conductas agresivas (RR = 0,09; IC 95%: entre 0,01 y 1,35), interacción con el personal (RR = 0,09; IC 95%: entre 0,01 y 1,35) y la interacción con compañeros (RR = 0,54; IC 95%: entre 0,22 y 1,11).

Resolución de problemas *vs.* habilidades de afrontamiento

Tampoco se detectaron diferencias entre la resolución de problemas y habilidades de afrontamiento en los siguientes parámetros:

- Número de ingresos (1 ECA; n = 14, RR = 3,00; IC 95%: entre 0,14 y 63,15). RS (1+)
- Reducción en 50% de puntuación en la escala BPRS después del tratamiento (1 ECA; n = 27, RR = 0,42; IC 95%: entre 0,14 y 1,21) o a los 6 meses(1 ECA; n = 23, RR = 0,87; IC 95%: entre 0,31 y 2,44)
- Abandono temprano del estudio (1 ECA; n = 16, RR = 1,00; IC 95%: entre 0,07 y 13,37)[51].

Entrevista motivacional en la terapia cognitivo-conductual (TCC)

Terapia cognitivo-conductual + entrevista motivacional vs. tratamiento estándar

Cuando se incluye la entrevista motivacional en la TCC y se compara con el tratamiento estándar, no se encontraron diferencias en el consumo de sustancias entre ambas intervenciones en las personas con TMG que consumen diversos tipos de drogas a los 3 meses (n=119, DMP=0.37: IC95%: entre -0.01 y 0.8) ni a los 6 meses de la intervención (n=119, DMP=0.19: IC95%: entre -0.2 y 0.6)[57]. ECA (1-)

Tampoco se encontró mejoría en el estado mental entre ambos grupos (medido con la escala PANSS; (n=32, DMP= -6.59; IC95%: entre -16.0 y 2.09)[56]. ECA (1-)

Entrevista motivacional vs. tratamiento estándar

Sin embargo, cuando se compara la entrevista motivacional solamente con el tratamiento estándar en personas TMG parece ser eficaz en la obtención de abstinencia de alcohol a los 6 meses de la intervención (n = 28; RR = 0,36; IC 95%: entre 0,2 y 0,8; NNT = 2)[53]. ECA (1-)

Respecto a la mejora del estado mental, no se han encontrado diferencias entre la entrevista motivacional solamente con el tratamiento estándar (1 ECA; n = 30; DMP = -4,2; IC 95%: entre -18,7 y -10,3)[54] ECA (1-)

La entrevista motivacional parece ser más eficaz que el tratamiento estándar en la consecución de un mayor porcentaje de seguimientos tras la intervención (n = 93; 58% vs. 84%; RR = 0,69; IC 95%: entre 0,5 y 0,9; NNT = 4)[55]. ECA (1-)

Terapia cognitivo-conductual para personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno bipolar

Terapia cognitivo-conductual (TCC) *vs.* tratamiento estándar (TE)

Recaídas

En un ECA en el que hay un seguimiento de 30 meses, no se encontraron diferencias significativas para prevenir recaídas maníacas n = 103; OR = 0,48; IC 95%: entre 0,21 y 1,13), pero sí se encontraron para recaídas depresivas (OR = 0,32; IC 95%: entre 0,13 y 0,74)[61]. ECA (1+)

Reingresos

ECA (1-) No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la reducción de reingresos entre ambas intervenciones (n = 28; OR = 0,30; IC 95%: entre 0,05 y 1,91)[59].

Terapia cognitivo-conductual (TCC) + tratamiento estándar (TE) *vs.* tratamiento estándar (TE)

Funcionamiento social

ECA (1+) Dos estudios del mismo autor encuentran que no hay evidencia que determine qué intervención es más efectiva a los 6 meses de seguimiento (n = 103; DMP = -0,13; IC 95%: entre -0,37 y 0,1)[60,61]. Tampoco a los 18 meses (n = 68; DMP = -0,3; IC 95% entre -0,5 y -0,1), ni a los 24 meses (n = 71; WMD = -0,2; IC 95%: entre -0,46 y 0,06)[61].

Reingresos

ECA (1+) Hay cierta evidencia a favor de la TCC en relación a los reingresos (n = 103; RR = 0,42; IC 95%: entre 0,23 y 0,8) a los 12 meses de haber comenzado el tratamiento[61].

Recaídas

ECA (1+) Hay una evidencia moderada a favor de la TCC comparada con el tratamiento estándar en cuanto a la presencia de recaídas a los 6 meses del comienzo del tratamiento (n = 155; RR = 0,61; IC 95%: entre 0,41 y 0,91)[61], a los 12 meses de comenzar el estudio (n = 180; RR = 0,62; IC 95%: entre 0,39 y 0,98)[60,61], y a los 30 meses (n = 103; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,63 y 0,99)[61].

Resumen de evidencia

	Personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados
1-	La TCC + TE *vs*. TE no reduce los índices de recaídas o reingresos a medio[38] o largo plazo[32].
1-	Se observa una mejoría en el estado global de las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados cuando reciben TCC a corto[32] y a medio plazo[39]. Sin embargo, este efecto deja de ser significativo a largo plazo[32].
1-	La aplicación de la TCC junto al tratamiento estándar es más efectiva en la mejora del estado clínico que cuando se aplica solamente el tratamiento estándar. Sin embargo, esta diferencia dejó de ser significativa después de haber transcurrido un año del tratamiento[32].
1-	No hay diferencias entre el TCC + TE *vs*. TE en síntomas generales a corto[32]y medio plazo[40]. Sin embargo a los 18 meses hay una mejoría a favor del grupo de TCC[40].
1-	En el caso de las alucinaciones, TCC + TE *vs*. TE favorece los síntomas específicos a largo plazo[34].
1-	No se observó ningún efecto entre TCC + TE *vs*. TE respecto a la convicción de las creencias delirantes[34].
1-	Hay un efecto positivo a favor de TCC + TE *vs*. TE en relación a los síntomas positivos y negativos y los síntomas globales[32].
1-	No se han encontrado diferencias significativas entre TCC + TE *vs*. TE respecto a la mejoría de la calidad de vida[33].
1-	No hay diferencias entre TCC + TE *vs*. TE en el funcionamiento social de las personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados en lo que se refiere a retraimiento, conducta interpersonal, independencia en el desempeño y competencia. Sin embargo, sí hay un efecto positivo a favor de la TCC para las conductas prosociales[41].
1-	No se han observado diferencias entre la TCC + TE *vs*. psicoterapia de apoyo + TE en cuanto a las ratios de recaídas a medio[42] o largo plazo[32].
1-	No hay diferencias entre la TCC + TE *vs*. psicoterapia de apoyo + TE respecto a la mejoría clínica a medio[38] o largo plazo[32]. Sin embargo, en cuanto a los síntomas generales, no hay diferencias significativas en favor de la TCC a corto plazo[35], pero sí a medio plazo[37].
1-	No hay diferencias entre TCC + TE *vs*. psicoterapia de apoyo + TE en relación a la mejora de los síntomas negativos y positivos a corto[64] o largo plazo[42].
1-	Cuando se compara la TCC con otras intervenciones psicológicas, no se observa mejoría en los síntomas específicos respecto a los delirios, pero sí respecto a las alucinaciones[42].
1+	No hay suficiente evidencia que indique que la TCC cuando se compara con TE reduzca las recaídas durante el tratamiento, ni a los 12 meses ni a los 2 años después de haberlo finalizado[8].
1+	Los programas de TCC de más de 3 meses de duración reducen las recaídas[8].

1-	La TCC, cuando se compara con TE, reduce los síntomas al final del tratamiento[8].
1+	La TCC, cuando se compara con el TE, mejora el estado mental al final del tratamiento[8].
1-	No hay evidencia en la mejoría de los síntomas cuando se compara TCC con otras intervenciones psicológicas al final del tratamiento o a los 9–12 meses después de haberlo finalizado[8].
1-	No hay evidencia que indique que TCC reduzca los síntomas persistentes a los 9 meses de seguimiento, cuando se compara con TE[8].
1+	TCC, cuando se compara con el TE, mejora el estado mental (sintomatología persistente) después del tratamiento[8].
1-	Hay limitada evidencia que indique que la TCC produce una mejoría en el funcionamiento social de la persona con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados[8].
1-	Cuando la TCC es comparada con otros tratamientos se encuentra un mayor beneficio en la reducción de los síntomas positivos en pacientes con episodios agudos que en pacientes crónicos[46].
	Entrenamiento en habilidades sociales en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados
1-	No hay evidencia clara que indique que cuando se compara el entrenamiento en HHSS con TE o con otros tratamientos reduce recaídas o reingresos[47]
1-	No se puede determinar que el entrenamiento en habilidades sociales cuando se compara con el TE mejora la calidad de vida[33] o cuando se compara con otros tratamientos[47].
1-	No hay evidencia que indique que el entrenamiento en habilidades sociales, cuando se compara con el TE mejore el funcionamiento social[33].
1-	No se encuentran diferencias entre el entrenamiento en habilidades sociales *vs*. TE respecto a la mejoría del estado mental[33].
1+	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[48].
	Resolución de problemas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados
1+	No se detectaron diferencias entre la resolución de problemas y tratamiento estándar en cuanto a capacidad de resolución de problemas, conductas agresivas, interacción con el personal profesional y con los compañeros[51].
1+	Tampoco se detectaron diferencias entre la resolución de problemas y habilidades de afrontamiento en relación al numero de ingresos y reducción la puntuación en la escala BPRS después del tratamiento[51].
	Entrevista motivacional en la TCC
1-	Cuando se incluye la entrevista motivacional en la TCC y se compara con el tratamiento estándar, no se encontraron diferencias entre ambas intervenciones en el consumo de sustancias en personas que consumen drogas ni a los 3 ni a los 6 meses de la intervención[57]. Tampoco se encontró mejoría en el estado mental en ambos grupos[56]

1-	Sin embargo, cuando se compara la entrevista motivacional solamente con el tratamiento estándar en personas con TMG, la entrevista motivacional parece ser eficaz en la abstinencia de alcohol a los 6 meses de la intervención[53] y hay mayor seguimiento después de la intervención[55].
1-	No hay diferencias entre la entrevista motivacional solamente y tratamiento estándar en la mejora del estado mental[54]
	Personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar
1+	No hay diferencias entre la TCC y TE en cuanto a prevenir recaídas maniacas, pero si para evitar recaídas depresivas a favor de la TCC (periodo de seguimiento de 30 meses) [61].
1-	No hay diferencias entre la TCC y el TE en la reducción de reingresos hospitalarios[59].
1+	Al comparar la TCC + TE con el TE solamente, no se han hallado diferencias que determinen que intervención es más efectiva en relación al funcionamiento social ni a los 6[60,61], 18 ó 24[61] meses de seguimiento.
1+	La TCC + TE cuando se compara solamente con el TE, mejora los reingresos[61] y las recaídas a los 6[61], 12[60,61]y 30[61] meses de haber comenzado el tratamiento.

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.

5.1.2. 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 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 partida[65].

En el artículo de Bachmann *et al.*[66] sobre tratamientos psicológicos para las psicosis se indica que los abordajes psicodinámicos y psicoanalíticos, aunque difieren, también tienen campos comunes. Hay tres modelos principales en el abordaje psicodinámico: el concepto de conflicto-defensa, el concepto de deficiencia del ego y el concepto de las representaciones del *self* y el objeto.

Actualmente hay acuerdo en los siguientes aspectos:

1. La psicoterapia es posible en las psicosis.
2. El encuadre psicoanalítico clásico está contraindicado.
3. Se debe enfatizar el presente sobre el pasado.
4. La interpretación debe ser usada con precaución.
5. Los objetivos de este tipo de intervenciones son: la experiencia del *self* y el objeto como dos entidades, separadas e independientes que están al mismo tiempo relacionadas con otra; la estabilización de los límites del yo y la identidad; la integración de la experiencia psicótica.
6. La frecuencia de las sesiones no debe exceder de tres sesiones semanales con una duración mínima de dos años.
7. Los terapeutas necesitan un alto nivel de tolerancia a la frustración e independencia de la recompensa narcisística.

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.

En Estados Unidos, en un intento de mejorar la calidad de las intervenciones sanitarias y promover la adopción de tratamientos que hayan mostrado científicamente su efectividad, hace ya algunos años, el *Department of Health and Human Services*, a través del organismo *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), conocido como *the Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), inició el programa *Patient Outco-*

mes Research Team (PORT). El programa de esquizofrenia de PORT recopila la literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos y examina las prácticas y las implicaciones de su variabilidad en la calidad sanitaria. La recomendación que hace PORT acerca de la intervención psicodinámica, en personas con esquizofrenia y basándose en estudios de muy baja calidad y no concluyentes, es que no se debería aplicar la intervención psicodinámica a personas con esquizofrenia, debido a la ausencia de evidencia y al alto coste que supone la intervención[49].

Existe una RS de Malmberg y Fenton[67] (3 ECA, n = 492)[68-70] 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. En esta revisión se han encontrado grandes variaciones en la duración del tratamiento, en el seguimiento y en la fase de la enfermedad en la que se aplica la intervención (primer episodio o posteriores), en los resultados y el comparador de la intervención, con sesgos en la aleatorización y cegamiento en los estudios. Este estudio no aporta ningún resultado sobre la efectividad o no de esta intervención.

Leichsenring *et al.* [71] publican un metanálisis en el que se evalúa la efectividad de la psicoterapia psicodinámica de larga duración. En este estudio se incluyen 11 ECA y 12 estudios observacionales, y los trastornos mentales incluidos son trastorno de conducta alimentaria, trastorno de personalidad, depresión y ansiedad, y trastornos heterogéneos. No se aportan datos sobre psicosis ni trastorno bipolar que es la población de estudio en esta guía.

Resumen de la evidencia

	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.

5.1.3. 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 enfermedad[7]. 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 biológico[72]. En definitiva, la IPSRT intenta estabilizar los ritmos sociales y los patrones del sueño de las personas con TB, así como enseñar a gestionar el estrés interno y externo para evitar recaídas[73].

Pregunta para responder

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

Frank *et al.*[72] realizan un ECA (n = 175) cruzado en dos fases, en el que se aleatoriza a los participantes en cuatro estrategias de tratamiento:

- T1 Fase aguda y fase de mantenimiento IPSRT (IPSRT/IPSRT)
- T2 Fase aguda y de mantenimiento ICM (ICM/ICM)
- T3 Fase aguda IPSRT seguida de mantenimiento ICM (IPSRT/ICM)
- T4 Fase aguda ICM seguido de mantenimiento IPSRT (ICM/IPSRT).

En la primera fase aguda, los pacientes son aleatorizados a una de las dos intervenciones. Una vez que los pacientes están estabilizados, entran en la segunda fase donde vuelven a ser aleatorizados a IPSRT o ICM (*intensive clinical management)*. Los elementos que lo incluyen son: educación sobre la enfermedad, síntomas, medicación, patrones del sueño, efectos adversos y como gestionarlos. Las sesiones duran entre 20 y 25 minutos. Los pacientes son intervenidos semanalmente hasta que están estabilizados. Las visitas en la fase preventiva son cada dos semanas durante 12 semanas y después mensualmente hasta el final de los 2 años de la fase de mantenimiento.

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

ECA (1+)

Frank *et al.*[72], al realizar la comparación entre (T1 + T3) vs. (T2 + T4) indican que los pacientes asignados al grupo IPSRT en la fase aguda del tratamiento están más tiempo sin episodios afectivos (P = 0,01).

Opinión de expertos (4)

Sin embargo, cuando Scott, Colom y Vieta[73] reanalizan los resultados del estudio de Frank *et al.*[72] 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), [T1 (41%) y T2 (28%)]. Además afirman que, según dicen Frank *et al.* los participantes que fueron reasignados a la alternativa de tratamiento en la segunda fase (IPSRT seguido de ICM, o ICM seguido de IPSRT) tenían ratios mas altos de recaídas y síntomas, al monitorizarlos a los dos años sugiriendo que el modelo estable y constante de la terapia puede ser más importante que el tratamiento que se utilizó en esta población (no aportan datos).

Resumen de la evidencia

1+	La IPSRT aplicada a las personas con diagnóstico de trastorno bipolar en fase aguda, mantiene a estos pacientes más tiempo sin episodios afectivos[72].

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.

5.1.4. 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 NICE[8], "terapia de apoyo" se define como la intervención psicológica en la cual "la intervención es facilitativa, no dirigida y 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.).

La terapia de apoyo puede incluir cualquier intervención realizada por una sola persona, con la finalidad principal de mantener el funcionamiento presente o ayudar a los pacientes con sus habilidades preexistentes y puede estar destinada a individuos o grupos de personas. Los elementos de apoyo clave son mantener una situación existente o brindar ayuda en relación a habilidades preexistentes[74].

La terapia de apoyo es una técnica no costosa, que si se sabe utilizar y se cuenta con profesionales disponibles, puede ser útil de forma temporal y ante la ausencia de otras formas de tratamiento más efectivas.

Preguntas para responder

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

La RS de Buckley *et al.*[74] (21 ECA; n =1683), evalúa la efectividad de la terapia de apoyo en las personas con esquizofrenia en comparación con la atención estándar (tratamiento que se recibe en el medio habitual, que incluye las preferencias de los pacientes, y esta condicionado por ellas, el criterio de los profesionales, y la disponibilidad de los recursos) u otros tratamientos (TCC, psicoeducación, intervención familiar, programa de rehabilitación social, etc.). La mayoría de los estudios de esta revisión están diseñados para examinar terapias de apoyo específicas, como terapia cognitivo-conductual, y la terapia de apoyo es utilizada como grupo de comparación. La duración general de los ensayos varió desde 5 semanas a 3 años. Las medidas de resultados que se presentan son a corto plazo (hasta 12 semanas), a medio plazo (13 a 26 semanas), o largo plazo (más de 26 semanas).

En el grupo experimental, todos los pacientes reciben terapia de apoyo además de atención estándar (incluida la medicación antipsicótica). La mayoría de los estudios realizaron 2 sesiones por semana, sesiones semanales o quincenales. En la RS se tiene en cuen-

ta que puede haber diferencias en la practica de la terapia de apoyo, según el país, con respecto a la frecuencia y duración de las sesiones.

En la GPC de Esquizofrenia del NICE[8], se compara la terapia de apoyo o *counselling* frente a tratamiento estándar. Se incluyeron 14 ECA (n = 1143) (periodo de 1973 a 2002). Los estudios incluían duración y frecuencia de las sesiones, (10 – 90 minutos; 1 – 4 veces por semana). La duración del tratamiento variaba desde 3 semanas a 3 años. Incluía diagnóstico de esquizofrenia, desde primeros episodios hasta casos crónicos. Los tratamientos se solían aplicar en hospitalización, consultas externas, domicilio, y en la comunidad. La gran mayoría de los estudios incluidos en este apartado de la GPC han seleccionado ECA en los que utilizan o contemplan la terapia de apoyo (grupo control) y la comparan con otras formas de intervención psicológica (grupo experimental). Solo en 4 estudios aparece la terapia de apoyo y *counselling* como grupo experimental (3 de estos estudios los comparan con la terapia cognitivo conductual; el otro, con tratamiento estándar). Esto implica que los estudios no fueron seleccionados en base a la aplicabilidad de esta intervención, sino a la intervención del grupo experimental.

Terapia de apoyo para personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

Terapia de apoyo *vs.* atención estándar

RS (1-) No hay diferencias significativas en las ratios de hospitalización entre las personas que recibieron terapia de apoyo o *counselling* y las que recibieron atención estándar (n = 48; RR = 1,00; IC 95%: entre 0,07 y 15,08)[74].

RS (1-) En la GPC de Esquizofrenia del NICE se indica que no hay suficiente evidencia para determinar que la terapia de apoyo o *counselling* mejora las ratios de recaídas al final del tratamiento (n = 54; RR= 0,86; IC 95%: entre -10,13 y 1,29) o después de un periodo de seguimiento una vez finalizado el tratamiento (no se indica el periodo de seguimiento) (n = 54; RR = 1,08; IC 95%: 0,51 y 2,29)[8].

No hay suficiente evidencia que determine que la terapia de apoyo o *counselling* mejora el estado mental al final del tratamiento (PANSS: n =123; DMP = -2,90, IC 95%: entre -10,01 y 4,21) o después de un periodo de seguimiento una vez finalizado el tratamiento (no se indica el periodo de seguimiento) (PANSS: n = 131, DMP = -4,42, IC 95%: entre -10,13 y 1,29)[8].

No se puede determinar que la terapia de apoyo o *counselling* disminuya los casos de muerte al final del tratamiento y después de un periodo de seguimiento una vez finalizado el tratamiento (no se indica el periodo de seguimiento) (n = 208; RR = 2,89; IC 95%: entre 0,12 y 70,09)[8].

Terapia de apoyo *vs.* terapia cognitivo-conductual

Parece que hay evidencia en favor de la terapia cognitivo-conductual cuando se compara con la terapia de apoyo en la mejora del funcionamiento general (2 ECA; n = 78; DME = -0,50; IC 95%: entre -1,0 y -0,04)[74]. RS (1-)

No hay diferencia en el número de hospitalizaciones entre ambos grupos de intervención (2ECA; n = 88; RR = 1,59; IC 95%: entre 0,79 y 3,22)[74].

Terapia de apoyo vs. cualquier otra terapia psicológica o psicosocial

Hay insuficientes datos para determinar si la terapia de apoyo o *counselling* mejora los índices de recaídas al final del periodo de tratamiento (n = 361; RR = 1,33; IC 95%: entre 0,80 y 2,21) o tras un periodo de seguimiento no determinado (n = 154; RR = 1,21; IC 95%: entre 0,89 y 1,66)[8]. RS (1-)

Estos resultados son concordantes con los revisados por Buckley *et al.*[74], que indican que no hay diferencias entre ambas intervenciones en relación a recaídas (5 ECA; n = 270; RR = 1,18; IC 95%: entre 0,91 y 1,53).

Hay evidencia que indica que la terapia de apoyo o *counselling* no lleva a una mejora en el estado mental al final del tratamiento (BPRS/PANSS/CPRS: n = 316; DMP = 0,02, IC 95%: entre -0,20 y 0,24) o tras un periodo de seguimiento no determinado (BPRS/PANSS/CPRS: n = 284; DMP = 0,20; IC 95%: entre -0,03 y 0,44)[8].

Terapia de apoyo o *counselling* no produce una reducción de los síntomas positivos de la esquizofrenia al final del tratamiento (BPRS síntomas positivos: n = 59; RR = 1,27, IC 95%: entre 0,95 y 1,70), ni después de un periodo de seguimiento (no se indica el periodo en la revisión) una vez finalizado el tratamiento (CPRS síntomas positivos: n = 90; RR = 1,66; IC 95%: entre 1,06 y 2,59)[8].

No se puede determinar que la terapia de apoyo o *counselling* disminuya los casos de muerte al final del tratamiento y después de un periodo de seguimiento una vez finalizado el tratamiento (no se indica el periodo de seguimiento) (n = 281; RR = 2,86; IC 95%: entre 0,12 y 69,40)[8].

Resumen de la evidencia

1-	No hay evidencia de que la utilización de la terapia de apoyo o *counselling,* cuando se compara con el tratamiento estándar, mejore las ratios de hospitalización[74], recaídas, estado mental y muerte [8].
1-	Cuando se compara terapia de apoyo o *counselling* con TCC, los resultados son positivos a favor de TCC en relación al funcionamiento general[74].

1-	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 y el estado mental, reduzca los síntomas positivos o disminuya los casos de muerte[8].

Recomendaciones

	No se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con la terapia de apoyo o *counselling* en el tratamiento de las personas con TMG.

5.1.5. Intervenciones familiares

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

Algún estudio demuestra que las personas con esquizofrenia provenientes de familias con altos niveles de "emoción expresada", es decir, que muestran altos niveles de sobreprotección, criticismo y hostilidad, tienen más probabilidad de recaída que aquellas personas con el mismo tipo de patología, pero con niveles de "emoción expresada" menores dentro de la familia[8].

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. Estas intervenciones están diseñadas con el fin de mejorar las relaciones entre los miembros de la familia, reducir los niveles de "emoción expresada" y, de algún modo, llegar a reducir las ratios de recurrencias, y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del familiar.

Se han 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 a 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 integrar tratamientos y con el debate de la delimitación artificial entre tratamiento y rehabilitación. En esta GPC no se ha contemplado una pregunta específica para definir que combinación de intervenciones psicosociales es más eficaz; no obstante sí que se considera oportuno señalar que existen estudios que plantean la aplicación de intervenciones que combinan la terapia familiar y otras.

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 sintomática[75]. 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 tratamiento familiar, entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento farmacológico la que puede ser el tratamiento adecuado para evitar recaídas[76].

En 1994 comenzó un proyecto de tratamiento psicosocial combinado que incluía intervención familiar y otras intervenciones psicosociales (*Optimal Treatment Project*, OPT) multicéntrico (en 21 países y con 35 sedes) con el objetivo de evaluar costes y beneficios de aplicar estrategias psicosociales y biomédicas óptimas y basadas en la evidencia, para el tratamiento del trastorno esquizofrénico y otras psicosis no afectivas, a través de la implementación y evaluación de intervenciones terapéuticas óptimas en recursos de salud mental ordinarios –no investigadores– tras el adecuado entrenamiento de equipos profesionales multidisciplinares y con un periodo de seguimiento de 5 años[77]. Aunque el proyecto planeaba incorporar a los pacientes tan pronto fuese posible tras el debut de la enfermedad (en los primeros diez años), algunas sedes incorporaron pacientes con más de 10 años de evolución, en los que el tratamiento se focalizó en mejorar su calidad de vida a través de entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales, y en proporcionar estrategias farmacológicas y psicosociales frente a los síntomas persistentes. Las intervenciones incluidas eran estrategias farmacológicas, psicoeducación de pacientes y cuidadores, tratamiento asertivo comunitario, entrenamiento en habilidades sociales, manejo farmacológico y psicosocial de síntomas persistentes y residuales.

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?

Toda la evidencia encontrada hace referencia a TMG con trastorno de esquizofrenia y/o trastorno bipolar. La GPC de Esquizofrenia del NICE [8] incluye una RS[43] y 2 ECA[78,79] (total de ECA 18; n = 1458). En esta GPC se evalúa la intervención familiar en 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.

En la revisión sistemática de Pharoah *et al.*[80], que incluye un total de 43 ECA (n = 1765), se evalúa la efectividad de la intervención familiar en personas con esquizofrenia y se 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[81-86].

Los resultados que provienen de estudios como el de Pharoah *et al.*[80], hay que tomarlos con precaución porque incluyen una gran variedad de edades, y personas con antecedentes de enfermedad de larga duración y primeros episodios, con lo que parcialmente son aplicables a la población diana de la GPC. Además, hay que recordar que estos estudios provienen de culturas y entornos diferentes, que hay que tener en cuenta a la hora de realizar estrategias y tomar decisiones.

Bressi *et al.*[87] realizaron un ECA (n = 40) en el que se comparó la efectividad de la terapia familiar sistémica + 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.

En nuestro entorno, en el estudio de Montero *et al.*[88] se comparan dos técnicas de terapia familiar, una intervención en formato grupal (grupo de familias) y otra individual de corte cognitivo-conductual. Estas intervenciones son aplicadas a una muestra de 87 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).

Falloon junto al OPT *Collaborative Group*[89] publican los resultados preliminares (n = 603) de un ECA multicéntrico a los dos años de seguimiento de su proyecto. Los resultados extraídos son de grupos de pacientes con diagnóstico de psicosis no afectivas de inicio reciente, y con una mayoría de pacientes con más de 10 años de evolución de la enfermedad, resultados de los que se podrían extrapolar más fácilmente a los criterios de nuestra GPC.

En el ECA realizado por Hogarty *et al.* (incluyeron 103 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo y que procedían de hogares con elevada emoción expresada), fueron aleatorizados a cuatro condiciones de tratamiento: psicoeducación familiar (PF) 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)[76]. El mismo autor publica los resultados del mismo estudio a los dos años de tratamiento[90].

En el estudio español de Lemos *et al.*[91] someten a comprobación la efectividad de los programas de terapia psicosocial añadidos al tratamiento farmacológico en la prevención de recaídas, el control de los síntomas y la mejora funcional de los pacientes con trastorno esquizofrénico tras un seguimiento de 4 años. De 46 pacientes iniciales se asignaron por orden de llegada al centro al grupo control de tratamiento estándar (n = 15) y al programa de intervención psicosocial (n = 20), consistente en psicoeducación y terapia psicológica integrada, IPT de Brenner y Roder[92-93] para pacientes, y psicoeducación y terapia familiar (mejora de la comunicación, resolución de problemas y manejo del estrés) para los familiares.

En cuanto a las personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno bipolar, la GPC de Trastorno Bipolar del NICE[7] que incluye 3 ECA[94-96] (n = 246), de los cuales, el grupo elaborador de esta GPC descartó el estudio de Rea *et al.*[96] porque el 40% de la muestra corresponde a personas con un primer episodio de la enfermedad, de una muestra de n = 53, y no cumple con los criterios de inclusión establecidos en esta GPC. Los estudios observan 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".

Justo *et al.*[97], en la RS que realizan, analizan la efectividad de la intervención familiar frente a la no intervención u otras intervenciones psicosociales en personas que sufren trastorno bipolar. El periodo de búsqueda es hasta 2006, e incluye 7 ECA (n = 393), de los cuales se obtuvieron los datos para responder a esta apartado de 6 ECA[98-103]. Todas las personas estaban tomando medicación en el momento del estudio. Las intervenciones psicosociales familiares incluyen 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 bipolar, o grupo de familias de diferentes personas bipolares, con la asistencia del persona bipolar o sin ella). También incluyen las terapias de pareja y las terapias con grupos de familias, y que pueden ser administradas por psiquiatras, psicólogos u otros profesionales de la salud.

Reinares *et al.*[104] llevaron a cabo un estudio (ECA, n = 113) 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.

Hasta dos familiares por paciente de los 113, fueron aleatorizados entre un grupo de doce sesiones de 90 minutos en el que se ofreció información y pautas de afrontamiento frente al grupo control. No hubo ocultamiento de la asignación cuando fueron aleatorizados, pero la valoración fue ciega. No se especifica la condición de TMG pero la descripción de la muestra indica gravedad clínica y curso prolongado: 10 años de evolución, 82% tipo I, el 66% había presentado síntomas psicóticos, con una media de 7 episodios y 1,5 hospitalizaciones por paciente.

Las intervenciones con familias y usuarios pueden ser aplicables en al Sistema Nacional de Salud; sin embargo, y para que puedan ser efectivas, se requiere una importante inversión de tiempo y de formación de los profesionales que las van a utilizar.

Ningún estudio indica o analiza posibles efectos adversos de estos tipos de intervención.

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

Intervención familiar *vs.* otras intervenciones (tratamiento estándar, psicoeducación, apoyo familiar, psicoterapia de apoyo, etc.)

Recaídas

La intervención familiar, comparada con otras intervenciones, reduce las recaídas durante el tratamiento (n = 383; RR = 0,57; IC 95%: entre 0,37 y 0,88)[8], y a los 4 – 15 meses de haber finalizado el tratamiento (n = 305; RR = 0,67; IC 95%: entre 0,52 y 0,88)[8].	RS (1+)

RS (1+) Disminuye las recaídas a los 12 meses de tratamiento, en personas que habían recaído durante los 3 meses previos a la intervención (n = 320; RR = 0,55; IC 95%: entre 0,31 y 0,97; NNT = 5)[8].

ECA (1–) Dyck *et al.*[79] indican que la intervención familiar frente a la intervención estándar reduce los síntomas persistentes a los 12 meses de tratamiento (n = 63; RR = 0,57, IC 95%: 0,33 a 0,97; NNT = 5).

RS (1–) La intervención familiar de menos de 5 sesiones, o de número desconocido de sesiones, redujo significativamente las recaídas (5 ECA; n = 600; RR = 0,41; IC 95%: entre 0,31 y 0,53; NNT = 4) al año de la intervención[80].

Las ratios de recaídas a los 2 años también fueron inferiores en el grupo de intervención (n = 225; RR = 0,45; IC 95%: entre 0,28 y 0,71; NNT = 5)[80].

Los resultados a los 3 años (n = 326; RR = 0,31; IC 95%: entre 0,20 y 0,49; NNT = 4) y a los 10 años (n = 196; RR = 0,24; IC 95%: entre 0,15 y 0,38; NNT = 2) indican además que favorecieron significativamente a la intervención familiar frente a la intervención estándar [80].

Reingresos

RS (1–) La intervención familiar de más de 5 sesiones muestra ser más efectiva en la reducción de ingresos hospitalarios a los 18 meses de seguimiento (3 ECA; n = 228; RR = 0,46; IC 95%: entre 0,3 y 0,69; NNT = 4)[80].

RS (1+) La intervención familiar, comparada con la intervención estándar, no reduce la probabilidad de reingreso a los 2 años de haber finalizado el tratamiento, (n = 330; RR = 1,01; IC 95%: entre 0,79 y 1,28)[8].

Efecto de la intervención familiar en los usuarios y cuidadores

RS (1–) En pacientes cuyos familiares recibieron una intervención familiar de más de 5 sesiones, cuando se compara con tratamiento estándar, se observa un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico (7 ECA, n = 369; RR = 0,74; IC 95% entre: 0,6 y 0,9; NNT = 7)[80].

La intervención familiar de más de 5 sesiones indica una reducción significativa de la carga percibida por los cuidadores familiares (n = 48; DMP = -7,01; IC 95%: entre -10,8 y -3,3)[81] y (n = 60; DMP= -0,4; IC 95%: entre -0,7 y -0,1)[82].

RS (1–) La intervención familiar de más de 5 sesiones, frente al tratamiento estándar, favorece la reducción de los niveles de emoción expresada dentro de la familia (3 ECA; n = 164; RR = 0,68; IC 95%: entre 0,5 y 0,9; NNT = 4; IC 95%: entre 3 y 10)[80].

Los pacientes que han recibido intervención familiar tienen un mayor nivel de calidad de vida que los que no la recibieron (n = 213; DMP = 19,18; IC 95%: entre 9,8 y 28,6) a los dos años de tratamiento[80].

No hay suficiente evidencia para determinar si las intervenciones familiares reducen los niveles de síntomas negativos (MSANS: n = 41; DMP = -1,20; IC 95%: entre -2,78 y 0,38) [79] o mejoran el funcionamiento social (Social Functioning Scale: n = 69; DMP= -1,60; IC 95%: entre -7,07 y 3,87)[78]. ECA (1–)

Tampoco se ha encontrado suficiente evidencia que determine si la intervención familiar reduce el índice de suicidio (7 ECA, n = 377; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,35 y 1,78)[80]. RS (1–)

Duración de las intervenciones

Cuando el programa es proporcionado por un periodo de 6 meses o superior, o por más de 10 sesiones planificadas, hay evidencia que indica que la intervención familiar reduce las recaídas a los 4–15 meses de seguimiento después del tratamiento, (n = 165; RR= 0,65; IC 95%: entre 0,47 y 0,90)[8]. RS (1+)

Formatos de intervención familiar

Intervención unifamiliar vs. intervención multifamiliar

No hay diferencias entre la intervención multifamiliar y las intervenciones unifamiliares respecto a las recaídas a los 13–24 meses (n = 508; RR = 0,97; IC 95%: entre 0,76 y 1,25)[8]. RS (1+)

Tampoco se encontraron diferencias entre los dos tipos de intervenciones familiares en cuanto a experimentar una mayor adherencia al tratamiento farmacológico (n = 172; RR = 1,0; IC 95%: entre 0,5 y 2,0)[84]. ECA (1–)

Leff *et al.*[85] indican que las personas que recibieron intervención unifamiliar, comparadas con las que recibieron intervención multifamiliar, pudieron llevar una vida más independiente (n = 23; RR = 2,18; IC 95%: entre 1,1 y -4,4).

En el estudio de Montero et al.[88] se señala que (aunque ambas técnicas mejoraron la situación clínica del paciente), las familias que recibieron terapia individual de enfoque conductual, tuvieron mejores resultados en el funcionamiento social, dosis de medicación antipsicótica y síntomas psicóticos ($p< 0.05$), que las familias que recibieron formato grupal (no hubo diferencias en cuanto a tasas de recaída o reingresos) ECA (1–)

Intervención familiar conductual vs. intervención de apoyo familiar (>5 sesiones)

No hay diferencias entre ambas intervenciones en relación a reingresos hospitalarios (n = 528; RR = 0,98; IC 95%: entre 0,1 y 1,12)[86]. ECA (1–)

Terapia familiar sistémica vs. tratamiento estándar

ECA (1–) Se observa que en los pacientes que reciben terapia familiar sistémica mejoran durante el tratamiento en las tasas de reingresos (p = 0,273); recaídas (p = 0,030) y adherencia al tratamiento (p = 0,009). Sin embargo, a los 2 años no se producen diferencias entre ambos grupos[87].

Inclusión del paciente en las intervenciones familiares

RS (1+) Cuando el usuario es incluido en las sesiones familiares, hay evidencia que demuestra que la intervención familiar reduce los niveles de recaídas una vez finalizado el tratamiento (n = 269; RR = 0,68; IC 95%: entre 0,50 y 0,91)[8].

Intervenciones familiares combinadas con otras intervenciones

ECA (1+) Al compararse las intervenciones familiares que incorporaban otra intervención psicosocial (grupo OPT) vs. tratamiento estándar, aquel presentó mejorías significativas en los índices de gravedad clínica (41%), discapacidad (39%) y estrés percibido por cuidadores (48%) a los 24 meses de la intervención[89].

El 35% de los pacientes del grupo OPT cumplió los criterios de recuperación completa a los 24 meses, frente al 10% de los pacientes del grupo de tratamiento estándar. El observar mejorías significativas en todos los parámetros al aplicar durante 24 meses el tratamiento estándar refleja los elevados estándares clínicos existentes en los centros que participaron en el proyecto[89].

En uno de cada cuatro casos con esquizofrenia de inicio reciente o con un primer episodio de esquizofrenia, así como el 40% de los casos crónicos no se observó ningún tipo de mejoría al cabo de dos años de tratamiento OPT[89].

ECA (1++) De los pacientes que recibían tratamiento (n=90) los del grupo que recibió PF+ HHSS + FCO no presentaron ninguna recaída en 12 meses; los del grupo de PF+FCO un 19%; los del grupo de HHSS+FCO un 20% y los del grupo control un 38% (p=0.007).

Al hacer el mismo análisis con el subgrupo de los pacientes que no mostraban dificultad para tomar la medicación (n=78) se observó un menor porcentaje de recaídas en el grupo PF+FCO (11%; p=0.012), similar porcentaje de recaídas en el grupo HHSS+FCO (17%; HHSS p=0.084), similar porcentaje en el grupo control FCO (32%) y de nuevo un claro efecto aditivo en el grupo combinado sin recaídas en 12 meses (0%)[76].

A los dos años de tratamiento, y teniendo en cuenta el diseño del estudio, en el que estaba previsto una disminución en la frecuencia en ambas intervenciones en el segundo año, se observa un mantenimiento del efecto de la terapia familiar (PF) en la prevención de recaídas (29%) y no se mantiene el efecto del entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) (50%). Esta pérdida del efecto es tardía (a los 21 meses) volviendo a tasas similares en el grupo control (62%) y se pierde el efecto aditivo de la PF y HHSS con un 25% de recaídas (p=0,004). El incumplimiento de la medicación fue menos frecuente en los grupos experimentales que en el grupo control (21% y 40% respectivamente). El no cumplimiento de la medicación se asoció con la recaída (26 de las 28 personas no cumplimentadores recayeron)[90]. ECA (1–)

El grupo con intervención psicosocial experimentó una mejoría clínica significativa en el periodo de intervención y se mantuvo a los 4 años de seguimiento ($p<0.05$), en comparación con el grupo control en el que no se observaron cambios sustanciales. En la valoración a los 4 años de intervención psicosocial, el estado clínico y el funcionamiento social fue similar en ambos grupos ($p>0.05$); sí que hubo diferencias significativas en la presencia de criterios clínicos de recaída en algún momento del seguimiento, que fueron satisfechos por el 29,4% de los pacientes del grupo experimental y por el 50% del grupo control[91].

Intervención familiar para personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar

Intervención familiar vs. intervención individual

No hay diferencias entre las intervenciones psicosociales familiar e individual en personas que sufren TMG y diagnóstico de trastorno bipolar al final del tratamiento (12 meses) en cuanto a recaídas (n =53; RR = 0,89, IC 95%: entre 0,52 y 1,54), reingresos (n = 53; RR = 0,71; IC 95%: entre 0,33 y 1,52) y al final del tratamiento (24 meses) en cuanto a adherencia al tratamiento (n = 29; DME = 0,08; IC 95%: entre -0,65 y 0,82)[98]. ECA (1–)

Intervención familiar vs. tratamiento dirigido a la crisis (también administrada a la familia, pero en una forma menos intensiva y compleja)

La intervención familiar supuso una disminución de las recaídas a los 24 meses (n = 101; RR = 0,59; IC 95%: entre 0,39 y 0,88; NNT = 3)[99]. ECA (1+)

Existe una mejoría en cuanto a la adherencia al tratamiento durante el seguimiento en el grupo de intervención familiar (n = 65; DMP = -0,45; IC 95%: entre -0,97 y 0,07[99].

ECA (1–) La intervención familiar favorece la remisión de los síntomas a los 3 meses (n = 101; RR = 0,54; IC 95%: entre 0,33 y 0,89) y a los a los 15 meses: (n = 101; RR = 0,59; IC 95%: entre 0,39 y 0,88)[94]. No está claro si la intervención empezó durante la fase aguda de la enfermedad.

Psicoeducación grupal para familiares de personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar

ECA (1+) Los pacientes cuyos familiares siguieron un programa psicoeducativo grupal presentaron un periodo de tiempo, hasta cualquier recurrencia, significativamente mayor que los del grupo control (p=0.044). Cuando el análisis pormenorizó el tipo de recaída, sólo fue significativo el tiempo hasta recaída hipomaniaca o maniaca (P=0.015) pero no para las recaídas depresivas[104]

Además, los pacientes cuyos familiares siguieron un programa psicoeducativo grupal presentaron recaídas en un 42% comparado con el 66% en el grupo control a los 12 meses de seguimiento (p=0.011). En un análisis pormenorizado, esta diferencia se debía exclusivamente al menor porcentaje de recaídas hipomaniacas y maniacas en el grupo experimental (37,5% p=0,017)[104]

Intervención familiar vs. intervención multifamiliar

ECA (1–) En un estudio realizado 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) (n = 92; RR = 0,67; IC95%: entre 0,34 y 1,32)[95].

Intervención familiar vs. no intervención

ECA (1–) No se encuentran diferencias en la mejoría clínica entre ambos grupos (al terminar el tratamiento) (n = 26; RR = 0,49; IC 95%: entre 0,10 y 2,45), ni a los 6 meses de seguimiento (n= 26; RR = 0,73; IC 95%: entre 0,05 y 10,49)[101].

ECA (1–) Las personas del grupo de intervención familiar presentaron un aumento en los niveles de ansiedad, en comparación con el grupo que no recibió ninguna intervención (n = 39; DMP = 0,69; IC 95%: entre 0,05 y 1,34)[102].

ECA (1–) No se hallan diferencias entre los grupos de intervención familiar de psicoeducación para cuidadores y la no intervención en las relaciones en el ámbito familiar (expresividad, cohesión y conflicto). Expresividad (n = 45; DMP = -0,03; IC 95%: entre -0,65 y 0,59); cohesión (n = 45; DMP = 0,10; IC 95%; entre -0,52 y 0,72), y conflicto (n = 45; DMP = -0,33; IC 95%: entre -0,95 y 0,29)[103].

Van Gent y Zwart[102] señalan que no hay diferencias entre los grupos de intervención familiar de psicoeducación conyugal para parejas vs. ninguna intervención (n = 45; DMP = -0, 33; IC 95%: entre -0,95 y 0,29). Tampoco hay diferencias entre ambos grupos respecto a la adherencia al tratamiento al final del estudio (12 meses) (n = 36; RR = 1,06; IC 95%: entre 0,73 y 1,54). ECA (1–)

Respecto a la recuperación de la persona al final del estudio (28 meses), no se han encontrado diferencias entre la intervención psicoeducativa grupal multifamiliar y ninguna intervención (n = 59; RR = 1,49; IC 95%: entre 0,76 y 2,95), ni en personas con manía (n = 45; RR = 1,57; IC 95%: entre 0,67 y 3,68)[100]. ECA (1–)

Intervención familiar vs. otras intervenciones psicosociales

No hay diferencias en las ratios de recuperación entre la terapia familiar sistémica centrada en la resolución de problemas y la terapia grupal psicoeducativa multifamiliar al final del estudio (28 meses) en todas las personas (n = 63; RR=1,72; IC 95%: entre 0,91 y 3,25) ni en personas con manía (n = 47; RR = 1,57; IC 95%: entre 0,67 y 3,68)[100]. ECA (1–)

Resumen de la evidencia

	Personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionado.
1+	La intervención familiar en personas con esquizofrenia reduce las recaídas[8].
1-	La intervención familiar reduce los síntomas persistentes a los 12 meses de tratamiento[79].
1-	La intervención familiar de menos de 5 sesiones, o de número desconocido, reduce las recaídas al año de tratamiento, a los 2, 3 y 10 años de seguimiento[80].
1-	La intervención familiar de más de 5 sesiones reduce ingresos hospitalarios a los 18 meses de seguimiento[80].
1+	No se encuentran diferencias entre la intervención familiar y la intervención estándar en la reducción de reingresos hospitalarios a los 2 años de haber finalizado el tratamiento[8].
1-	Hay mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico cuando la intervención familiar es de más de 5 sesiones[80].
1-	La intervención familiar de más de 5 sesiones implica una reducción significativa de la carga percibida por los cuidadores familiares[81,82].
1-	La intervención familiar de más de 5 sesiones reduce los niveles de emoción expresada dentro de las familias[80].
1-	Los pacientes que han recibido intervención familiar tienen mayor nivel de calidad de vida[83].

1-	No se hallan diferencias que determinen que la intervención familiar reduce los niveles de síntomas negativos de las personas con esquizofrenia[79] o mejora el funcionamiento social[78,79].
1-	La evidencia encontrada no es suficiente para determinar si la intervención familiar reduce los índices de suicidio[80].
1+	La intervención familiar de 6 meses o superior, o de más de 10 sesiones planificadas, reduce recaídas a los 4–15 meses de seguimiento después del tratamiento[8].
1+	No hay diferencias entre la intervención multifamiliar y la intervención unifamiliar en relación a las recaídas a los 13–24 meses[8].
1-	No hay diferencias entre la intervención multifamiliar y la intervención unifamiliar en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico[84].
1-	Las personas con esquizofrenia que recibieron intervención unifamiliar, frente a las que recibieron intervención multifamiliar, pueden llevar una vida más independiente[85].
1-	La terapia familiar individual de enfoque conductual mejora los resultados de funcionamiento social, dosis de medicación antipsicótica y síntomas psicóticos frente a la terapia familiar grupal[88].
1-	No hay diferencia entre la intervención familiar conductual y la intervención de apoyo familiar de más de 5 sesiones respecto a reingresos hospitalarios[86].
1-	Las personas que reciben terapia familiar sistémica obtienen una mejoría respecto a los reingresos, recaídas y adherencia al tratamiento; sin embargo, esta mejoría no se mantiene a los 2 años de seguimiento[87].
1+	Cuando se incluye a la persona afectada por la enfermedad en las intervenciones familiares se reducen los niveles de recaídas[8].
	Intervenciones familiares combinadas con otras intervenciones
1+	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[89].
1+	El tratamiento psicosocial combinado consigue un 25% más casos de recuperación completa en un periodo de 24 meses[89].
1+	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 mejoría[89].
1++	La terapia familiar de corte psicoeducativo junto al entrenamiento en HHSS y el tratamiento farmacológico en personas con trastorno esquizofrénico provenientes de hogares con emoción expresada elevada no presentaron ninguna recaída en 12 meses[76].
1++	Respecto al grado de adherencia al tratamiento se observan porcentajes de recaídas menores en el grupo de intervención familiar de corte psicoeducativo[76].
1-	A los dos años de tratamiento se observa un mantenimiento del efecto de la terapia familiar en la prevención de recaídas pero no se mantiene el efecto del entrenamiento HHSS observando porcentajes similares a los del grupo control[90].

1+	En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico, el incumplimiento de la medicación fue menos frecuente en los grupos experimentales que en el grupo control (21% y 40% respectivamente)[90].
1-	La intervención psicosocial combinada de pacientes y familiares consigue mejorías clínicas superiores al grupo control, manteniéndose dicho efecto durante 4 años[91].
1-	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[91].
	Personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar
1-	No se han hallado diferencias entre la intervención psicosocial familiar y la intervención individual en relación a recaídas, reingresos y adherencia al tratamiento al final del tratamiento (12 meses)[98].
1+	La intervención familiar reduce las recaídas, frente a tratamiento en crisis, a los 24 meses[99].
1+	Hay una mejoría, en cuanto a la adherencia al tratamiento, en las personas que han recibido intervención familiar, frente a las que recibieron tratamiento en crisis[99].
1-	La intervención familiar favorece la remisión de síntomas a los 3 y 15 meses de la intervención, frente al tratamiento en crisis[94].
1+	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 y presentaron menor recaídas a los 12 meses de seguimiento[103].
1-	No se han encontrado diferencias entre la intervención familiar individual y la multifamiliar respecto a la mejoría de los síntomas[95].
1-	No hay diferencias en la mejoría clínica entre la intervención familiar y la no intervención en personas con trastorno bipolar ni al final del tratamiento, ni a los 6 meses de seguimiento[101].
1-	Hay mayor aumento de niveles de ansiedad entre las personas que recibieron la intervención familiar que entre las que no la recibieron[102].
1-	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 intervención[103].
1-	Parece no encontrarse diferencias entre los grupos de intervención familiar de psicoeducación conyugal para parejas y la no intervención[102].
1-	Tampoco entre la intervención familiar y la no intervención respecto a la adherencia al tratamiento[102].
1-	Cuando se compara la intervención psicoeducativa grupal multifamiliar frente a ninguna intervención, no se han encontrado diferencias respecto a la recuperación del paciente al final del estudio (28 meses)[100].

1-	No hay diferencias entre la terapia familiar sistémica centrada en la resolución de problemas y la terapia grupal psicoeducativa multifamiliar en las ratios de recuperación al final del estudio (28 meses)[100].
1+	La psicoeducación en formato grupal de familiares de personas con trastorno bipolar en fase eutímica, disminuye el número de recaídas, en particular hipomaniacas y maniacas, y prolonga el tiempo hasta las mismas[104].

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.

5.1.6. 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; 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.

Se han encontrado problemas para focalizar la búsqueda de la evidencia científica debido a que la mayoría de estudios asocian psicoeducación como parte esencial de la intervención familiar, aunque las encuestas sobre la actividad clínica nos informan de que la incorporación familiar es muy escasa y no generalizada en la práctica clínica.

El grupo elaborador de esta GPC decidió centrar la búsqueda en programas de psicoeducación de usuarios que se comparasen con un grupo control inactivo. Se incluyeron

estudios que valorasen el impacto de la psicoeducación de familiares/cuidadores en formato grupal sobre resultados en los pacientes con trastorno bipolar. Se excluyeron los estudios que incluían intervenciones cognitivo-conductuales no específicas para la psicoeducación de las personas con trastorno bipolar.

Se observa un importante solapamiento entre psicoeducación dirigida a usuarios y tratamiento estándar cuando el tratamiento estándar incluye transmisión de información relevante y estrategias de afrontamiento y manejo de la enfermedad, tanto si se realiza a nivel individual como con incorporación de familiares.

Existe desconocimiento sobre si la mera implicación familiar en el tratamiento es de por sí el factor determinante de la mejora de cumplimiento de los tratamientos (farmacológicos) y estos condicionan los resultados; o si lo importante es el dar adecuada información, o conseguir un cambio en los patrones transaccionales[105]. Es difícil encontrar grupos control que incorporen a la familia sin realizar con ella ninguna intervención específica.

La protocolización y estandarización de la intervención psicoeducativa (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.

Los estudios que evalúan los programas psicoeducativos exclusivamente dirigidos a usuarios no "continúan" con el paciente tras la finalización y no implican un apoyo e intervención en incorporar lo tratado en su vida diaria. Así, la evaluación de los resultados a largo plazo puede producir evidencias de inefectividad, al ser comparadas con las intervenciones que incorporan a los familiares y que por lo tanto consiguen "co-terapeutas" en el hogar más allá del tiempo de intervención**.** Las ratios de recaída parecen estar fuertemente relacionadas con la adherencia a la medicación, y aún no se puede contestar si la eficacia de las intervenciones psicoeducativas familiares es la consecuencia principalmente del incremento de la adherencia[106].

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.*[107] (18 estudios; n = 1543) fue diseñada con el objetivo de evaluar la eficacia a largo y corto plazo de la psicoeducación dirigida solo a usuarios y la dirigida a usuarios y familias, tomando como variables de resultado la reducción de recaídas y gravedad sintomática, la mejoría del conocimiento del trastorno, la adherencia a la medicación y el funcionamiento global de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados (esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve y trastorno esquizotípico). Ambas intervenciones se compararon con tratamiento habitual o intervención no específica sin eficacia probada. Los estudios incluidos debían cumplir el requisito de que la psicoeducación (entendida como transmisión de información relevante sobre el trastorno y su tratamiento mientras se promueve un mejor afrontamiento) fuese el elemento principal de la intervención.

Bauml *et al.*[108] realizaron un estudio (n=101) en el ámbito europeo cuyo objetivo era valorar la efectividad de la intervención psicoeducativa bifocal paralela y su efecto a largo plazo. Las personas con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y a sus familiares, fueron aleatorizados o a una intervención psicoeducativa grupal, ambos grupos por separado, o al grupo control que consistía en el tratamiento usual.

En la GPC de trastorno bipolar del NICE[7] se incluyen 3 ECA de los cuales, dos de ellos (n = 170) de Colom *et al.*[109,110] comparan 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 programas consistían en 20 sesiones de psicoeducación, de intervención semanal, y con un seguimiento de 24 meses, y se realiza en pacientes eutímicos.

Perry *et al.*[111] realizó un ECA (n = 69), en el que comparó un programa psicoeducativo individual en personas que sufren trastorno bipolar que incorporaba entrenamiento en reconocimiento de pródromos y tratamiento farmacológico frente al tratamiento farmacológico solamente. La intervención duró de 3–6 meses, y el seguimiento fue de 18 meses.

Psicoeducación para personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

Psicoeducación vs. no intervención

RS (1++)

La psicoeducación, cuando se compara con la no intervención o intervención no específica, no produce un descenso significativo de las recaídas o reingresos (seguimiento de más de 12 meses) (3 ECA; n = 144; p = 0,07)[107].

No hay datos que apoyen que la psicoeducación suponga una reducción de síntomas al término de los programas (6 ECA; n = 313; p = 0,08) ni en seguimientos a 7–12 meses (3 ECA; n = 128; p = 0,14)[107].

La psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad cuando este conocimiento se evalúa al final de los programas (4 ECA; n = 278; p = 0,00), sin existir datos de los periodos de seguimiento[107].

No se ha hallado evidencia que indique que la psicoeducación tiene algún efecto en la mejora del funcionamiento social cuando se mide al término de los programas a los 7–12 meses de seguimiento (2 ECA; n = 112; p = 0,32)[107].

No hay datos que indiquen que la psicoeducación consiga una mejora de adherencia al tratamiento al término de los programas (2 estudios; n = 171; p = 0,31)[107].

Psicoeducación con incorporación de la familia vs. psicoeducación sin familia vs. Tratamiento Estándar (TE)

Solo la psicoeducación que incorpora a la familia produce un descenso significativo de recaídas o reingresos a los 7–12 meses de seguimiento (6 ECA; n = 322; p = 0,32); no siendo así cuando la psicoeducación se focaliza exclusivamente en el paciente (2 ECA, n=101; p=0,30)[107]. RS (1++)

Psicoeducación grupal de usuarios y familiares en paralelo

De los 48 pacientes que permanecieron en seguimiento durante 7 años, el grupo que siguió un programa psicoeducativo grupal para usuarios y otro para familiares en paralelo tuvo menos rehospitalizaciones (54%) frente al 88% que hubo en el grupo control (ratio de reingreso por paciente de 1,5 y 2,9 respectivamente; p<0,05)[108]. ECA (1+)

Psicoeducación para personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar

Los programas de psicoeducación compleja (que incluye psicoeducación sobre el trastorno bipolar, entrenamiento en mejora de la comunicación y en resolución de problemas) reducen el número de recaídas en 2 años, comparados con una intervención grupal no directiva de la misma intensidad (n = 170; RR = 0,71; IC 95%: entre 0,6 y 0,84)[109,110]. ECA (1+)

No se observan datos que apoyen que la psicoeducación compleja reduzca el número de reingresos a los 2 años de seguimiento, al compararla con una intervención grupal no directiva de la misma intensidad (n = 170; RR = 0,47; IC 95%: entre 0,17 y 1,3)[109,110].

La intervención psicoeducativa que incorporó entrenamiento en reconocimiento de pródromos redujo las recaídas en fase maniaca [n = 69 (27% *vs.* 57% en el grupo control); DMP = -1,97; IC 95%: entre -3,2 y -0,74], aunque no redujo las recaídas en la fase depresiva a los 18 meses de estudio (n = 68; DMP = 1,1; IC 95%: entre -1,41 y 3,61)[111]. ECA (1+)

No se encuentran datos que apoyen que el programa psicoeducativo con reconocimiento de pródromos disminuya el número de hospitalizaciones a los 12 meses del inicio del tratamiento, comparado con el tratamiento estándar (n = 68, RR = 0,93; IC 95%: entre 0,66 y 1,31)[111].

Resumen de la evidencia

1++	La psicoeducación, comparada con la no intervención o intervención no específica, no produce un descenso significativo de recaídas o reingresos, una mejora de síntomas o del funcionamiento social, o mejora la adherencia al tratamiento, en personas con esquizofrenia[107].
1++	La psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad en personas con esquizofrenia[107].

1++	En personas con esquizofrenia, y cuando en la intervención psicoeducativa se incorpora a la familia, se reducen las recaídas o los reingresos[107].
1+	Los efectos de la psicoeducación grupal a usuarios y a familiares en paralelo reduce el numero de reingresos que son efectivos hasta 7 años después de la intervención[108].
1+	Los programas de psicoeducación compleja (que incluye psicoeducación sobre el trastorno bipolar, entrenamiento en mejora de la comunicación y en resolución de problemas) reducen el número de recaídas en 2 años en personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no hay evidencia que indique que reduce el numero de reingresos[109,110].
1+	La intervención psicoeducativa que incorporó entrenamiento en reconocimiento de pródromos en personas con trastorno bipolar, redujo las recaídas en fase maniaca, pero no en la fase depresiva[111].
1+	El programa psicoeducativo que incorporó reconocimiento de pródromos disminuyó el número de hospitalizaciones en personas que sufren trastorno bipolar[111].

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 especificas, 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.

5.1.7. Rehabilitación cognitiva

Un elevado porcentaje de 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, ade-

más, 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"[106].

A lo largo de la pasada década se han venido desarrollando distintos abordajes de entrenamiento cognitivo para mejorar los déficit cognitivos en personas con esquizofrenia, que han seguido distintos métodos[106]:

- Ejercicios repetitivos de tareas cognitivas en versión computerizada o lápiz y papel.
- Estrategias compensatorias, lo que implica el aprendizaje de estrategias para organizar la información (por ejemplo, categorización); o adaptativas, con utilización de recordatorios u otras ayudas en el entorno.
- Técnicas conductuales y de aprendizaje didáctico, como refuerzos positivos, instrucciones, etc.

Estos métodos han sido empleados solos o combinados en distintos programas de entrenamiento tales como:

- IPT (*Integrated Psychological Therapy*), de Brenner *et al.*{Brenner, 1994 1073 /id}
- CRT (*Cognitive Remediation Therapy*), de Delahunty y Morice[112]
- NEAR (*Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation*), de Medalia *et al.* [113]
- CET (*Cognitive Enhancement Therapy*), de Hogarty *et al.*[114]
- CAT (*Cognitive Adaptation Training*), de Velligan *et al.*[115]
- NET (*Neurocognitive Enhancement Therapy*), de Bell *et al.*[116]
- APT (*Attention Process Training*) de Sohlberg y Mateer[117]
- *Attention Shaping*, de Silverstein *et al.*[118]
- *Errorless learning*, de Kern *et al.*[119]

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?

La GPC de esquizofrenia del NICE [8] aborda esta cuestión e incluye la revisión sistemática de Pilling *et al.*[47], que contiene a su vez 5 ECA. Además, el grupo elaborador de la GPC del NICE añade 2 ECA más haciendo un total 7 ECA (n = 295).

Roder *et al.*[93] realizan una RS de 29 ECA (n = 1367) en la que comparan I*ntegrated Psychological Therapy* (IPT) frente a tratamiento estándar y/o atención placebo. La revisión diferencia 7 estudios (n = 362) de alta calidad (de los cuales sólo uno figura como excluido en la GPC del NICE[8]), con estudios controlados, incluyendo aleatorización de pacientes a diferentes grupos de tratamiento, dosis fijas de antipsicóticos o cambios de medicación estadísticamente controlados, evaluaciones ciegas claramente definidas y explicación completa

de los datos de los diferentes dominios sintomáticos y funcionales que fueron evaluados. Los datos referidos en esta evaluación de evidencia relativos a este estudio serán los de este grupo de estudios de alta calidad, salvo que se especifique lo contrario.

En la RS de Krabbendam y Aleman[120] se incluyen 12 ECA (n = 543) y los criterios de inclusión de los estudios eran que tenían que evaluar la efectividad de la *cognitive remediation* en pacientes con esquizofrenia, y que el tratamiento implicara la práctica o el aprendizaje de habilidades cognitivas en formato individual o grupal. Se excluyeron estudios que evaluaban el impacto de técnicas conductuales operantes como modelado, excepto cuando algún tipo de refuerzo conductual se combinó con *cognitive remediation*. También se excluyeron intervenciones limitadas al entrenamiento de una sola tarea cognitiva. Los efectos de la intervención se compararon con placebo, otra intervención, o tratamiento estándar. Los métodos de entrenamiento debían ser distintos a los test empleados para medir. En esta revisión se excluyeron 7 estudios por no incluir condición control, (de los cuales 4 también habían sido excluidos por la GPC del NICE[8]), y 12 estudios, porque la intervención implicaba el entrenamiento en un solo paradigma o el entrenamiento de tareas también se utilizó como medida evaluadora.

En el metanálisis realizado por McGurk *et al.*[121], en el que se recogen 26 ECA (n = 1151), los estudios incluidos son controlados, aleatorizados y utilizan una intervención psicosocial destinada a mejorar la función cognitiva. La evaluación debía incluir medidas neuropsicológicas que tuvieran el potencial de reflejar generalización, más que evaluar la tarea entrenada.

El único ECA[122] incluido en esta pregunta recoge datos de 121 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, asignados aleatoriamente o a *Cognitive Enhancement Therapy* (CET) (n = 67) o a terapia de apoyo enriquecida (EST) (n = 54) y son tratados durante 2 años. Los pacientes estaban estabilizados y cumplían criterios de discapacidad social-cognitiva y neurocognitiva para participar en el estudio.

En la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] no se encontró evidencia consistente como para sugerir que *cognitive remediation* mejorara las funciones cognitivas señaladas o los síntomas en personas con esquizofrenia. También se observó que la evidencia era insuficiente como para determinar al final del tratamiento mejoras en el estado mental, y sugerir que los pacientes con esquizofrenia mejoran al final del tratamiento en áreas como memoria visual, memoria verbal, vida independiente o razonamiento no verbal.

La recomendación final de esa GPC es que no existe evidencia suficiente como para recomendar el uso de *cognitive remediation* en el tratamiento de rutina de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, las revisiones posteriores, que incluyen más estudios y más pacientes parecen mostrar resultados más favorables a la rehabilitación cognitiva. En la revisión de McGurk *et al.*[121] se incluyeron 26 artículos; de ellos, 2[123,124] fueron excluidos de la GPC de esquizofrenia del NICE[8]. De los 7 artículos incluidos en la revisión que hace la GPC del NICE, 4 se incluyen en la RS de McGurk *et al.*[121]y un total de 14 ECA son posteriores a la GPC del NICE.

Parece existir un solapamiento de los estudios incluidos entre la GPC de esquizofrenia del NICE y los artículos de McGurk *et al.*[121] y Krabbendam y Alemán[120], con mayor capacidad de inclusión de estudios en estos dos últimos quizás por aplicar criterios menos restrictivos, especialmente en el caso del estudio de McGurk *et al.*[121]. Mención aparte merece la revisión de Roder *et al.*[93], que trata sobre IPT, un programa integrado en el que se incluye rehabilitación cognitiva, habilidades sociales y estrategias de resolución de problemas, y cuyo ámbito es claramente distinto del encuadrado por la GPC de Esquizofrenia del NICE[8].

El equipo elaborador de esta GPC ha optado por tomar como base las tres revisiones citadas anteriormente[93,120,121] por ser más recientes, incluir artículos que no habían sido publicados en el momento de redactarse la GPC de Esquizofrenia del NICE[8], y por abordar todo tipo de intervenciones psicosociales destinadas a mejorar el funcionamiento cognitivo.

No existe un marco teórico homogéneo acerca de la manera en que las intervenciones de rehabilitación cognitiva mejoran la cognición y las áreas de funcionamiento social, por lo que las intervenciones incorporan elementos específicos según el paradigma en el que se mueven. Por una parte, existen intervenciones basadas en el paradigma rehabilitador (repetición) y otras basadas en el compensador. Además, no es lo mismo centrar las medidas en funciones cognitivas moleculares (funciones cognitivas que pueden ser atomizadas y analizadas como un sistema de respuestas simples), el rendimiento en determinados test, o en el funcionamiento psicosocial, que exige una generalización.

La aplicabilidad al sistema sanitario español de este tipo de intervención viene limitada por el número de horas requerido para su aplicación, lo que dificulta su inclusión en la práctica habitual de los centros de Salud Mental, en comparación con las unidades específicas. Además, son técnicas que precisan de una capacitación específica del personal y su efecto es moderado: el objetivo distal es la mejoría en el funcionamiento social, aspecto que abordan también otras intervenciones como, por ejemplo, el entrenamiento en habilidades sociales. Además, se corre el riesgo de detraer recursos de otras intervenciones.

Rehabilitación cognitiva en personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados

La rehabilitación cognitiva produce los siguientes efectos (datos del ES según el *effect size* de Cohen[b])[125].

En relación a la cognición global en el metanálisis realizado por Krabendam y Alemán, se sugiere que la rehabilitación cognitiva puede mejorar el desarrollo de tareas (ES= 0,45; IC95%: entre 0,26 y 0,64) pero no se ha detectado diferencia significativa en la mejoría cognitiva en función del número de sesiones (si son < 15 sesiones comparado con > 15 sesiones) (p=0,978)[120]. MacGurk *et al.*[121] también indican que la rehabilitación cognitiva mejora la cognición global (significativos para 6 de los 7 dominios cognitivos evaluados) (n=1.214; p<0,001), y el funcionamiento psicosocial (n=615; p<0,05) y los síntomas (n=709; p<0,001). RS (1+)

Los pacientes que recibieron IPT (programa que combina intervención neuro-cognitiva con enfoques en habilidades sociales en personas con esquizofrenia) *vs*. grupo control fue superior para el efecto global de la terapia durante el tratamiento (n=710; p<0,01) y mostraron mejoría en los 3 dominios evaluados: neurocognición (ESw = 0,48; IC 95%: entre 0,27 y 0,70), funcionamiento psicosocial (ESw = 0,62; IC 95%: entre 0,33 y 0,92) y psicopatología (ESw = 0,49; IC 95%: entre 0,26 y 0,72) (p<0,01)[93]. RS (1+)

---

[b] Los valores del effect size de Cohen (*d*) oscilan entre : efecto pequeño (d= 0.2), medio (d= 0.5) y grande (d= 0.8 en adelante)

RS (1–) Sin embargo, los pacientes que recibieron solamente subprogamas de IPT de diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal obtuvieron mayores efectos en el dominio neurocognitivo (ECA= 12; ES = 0,72; IC 95%: entre 0,51 y 0,90) y menores efectos en el de funcionamiento psicosocial (ECA=7; ES = 0,38; IC 95%: entre 0,13 y 0,61)[93].

RS (1+) McGurk *et al.*[121] también indican que los programas de rehabilitación cognitiva, que proporcionaron rehabilitación psiquiatrica adyuvante, mostraron mejorías en las funciones psicosociales ($p < 0,01$) que los que no proporcionaron rehabilitación psiquiátrica.

RS (1+) 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 (ES = 0,52; IC 95%: entre 0,25 y 0,78) *vs*. (ES = 0,34; IC 95%: entre -0,03 y 0,70)[120].

RS (1+) Los datos aportados en relación al mantenimiento del efecto de los programas una vez finalizados indican que:

En la revisión de McGurk *et al.*[121] los resultados postratamiento se mantienen a los 8 meses ($p <0,001$); y en el IPT de Roder se muestra que los efectos observados se mantienen en la fase de seguimiento a los 8 meses después de finalizar los programas ($p<0,05$)[93].

ECA (1++) En el estudio realizado por Hogarty *et al.* en donde se compara *Cognitive Enhancement Therapy* (CET) con terapia de apoyo enriquecida se observa 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 ($p = 0,195$)[122]. También se indica que el efecto se mantiene 36 meses después de la finalización de la intervención.

Resumen de la evidencia

1+	La rehabilitación cognitiva mejora la cognición global (manteniéndose a los 8 meses de seguimiento), el funcionamiento psicosocial y los síntomas [121].
1+	Los programas de rehabilitación cognitiva que además proporcionan rehabilitación psiquiátrica, mejoran las funciones psicosociales [121].
1+	La rehabilitación cognitiva puede mejorar el desarrollo de tareas[120]
1+	No se ha detectado diferencia significativa en la mejoría cognitiva en función del número de sesiones de la rehabilitación cognitiva [120].
1+	Las intervenciones que incluyen diseño de estrategias (compensadoras) ofrecieron mejores resultados que las que no lo hacían, o que las que estaban basadas en repetición (rehabilitador), para el área de funcionamiento psicosocial, pero no para el cognitivo[120].
1+	El IPT es superior para el efecto global de la terapia durante la fase de tratamiento y en la fase de seguimiento (a los 8 meses)[93].

1+	El IPT es más efectivo en los dominios de neurocognición, funcionamiento psicosocial y psicopatología [93].
1-	La aplicación solamente de los subprogamas de IPT de diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal obtuvieron mayores efectos en el dominio neurocognitivo y menor efecto en el de funcionamiento psicosocial [93].
1++	Al comparar *Cognitive Enhancement Therapy* (CET) con terapia de apoyo enriquecida se observan un mayor efecto en CET respecto a las medidas de velocidad de procesamiento, cognición social, estilo cognitivo y ajuste social; pero no para neurocognición. Estos resultados se mantienen a los 36 meses después del término de la intervención [122].

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 vengan acompañados de intervenciones "compensadoras", es decir de cambios de estrategia, y entrenamiento en habilidades o técnicas de afrontamiento.

5.1.8. 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.

Existe una revisión sistemática realizada por He *et al.*[126] (11 ECA, n = 1041) en donde 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 en relación a funcionamiento social (actividades de la vida diaria-AVD) y estado mental (sintomatología negativa, medida a través de la SANS y el estado mental general, según las puntuaciones obtenidas en la BPRS). Los estudios incluidos variaron en cuanto al número de fases de tratamiento y la duración del tratamiento.

La atención estándar consiste en tratamiento farmacológico, y los resultados se agruparon a corto plazo (hasta 12 semanas), a medio plazo (13–52 semanas), y a largo

plazo (>52 semanas). Este tipo de terapia no constituye una práctica habitual ni muy conocida entre los profesionales del SNS debido a que procede de la cultura asiática (en particular, Japón y China); además, no se han encontrado suficientes estudios ni se dispone de datos sobre su práctica aplicables a las personas que sufren TMG en contextos culturales diferentes.

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 futuros[127].

Crawford-Walker *et al.*[128] (5 ECA, n = 186) examinan 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. En esta RS se comparan las técnicas de distracción con la atención estándar (tipo de atención que una persona recibiría habitualmente y que incluye intervenciones como medicación, hospitalización, utilización del personal de enfermería psiquiátrico comunitario 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). En este estudio hubo una tasa de abandono antes de su finalización de cerca del 30% de las personas incluidas. Las técnicas de distracción no parecieron promover ni limitar el abandono prematuro de los estudios. Podría argumentarse que las técnicas de distracción no lograron comprometer a los participantes en los estudios de una manera más significativa que las actividades de control. La técnica de distracción es una práctica utilizada en el ámbito de la salud mental en España, que requiere de formación profesional específica.

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.

En el estudio llevado a cabo por Ruddy *et al.*[129] (5 ECA, n =120) compara la dramaterapia con tratamiento estándar. Todos los estudios se realizaron con pacientes hospitalizados que sufren de esquizofrenia, se compararon la intervención y la atención hospitalaria estándar. Debido a las deficiencias de los informes, se pudieron utilizar muy pocos datos de los 5 estudios, y no existió ningún hallazgo concluyente sobre los daños o beneficios de la dramaterapia para los pacientes hospitalizados con esquizofrenia. Existen diferencias entre la descripción de psicodrama en China, de donde proceden algunos de los estudios que se incluyen en esta revisión (Qu *et al.*[130], y Zhou y Tang[131]). Hay que tener en cuenta también, que los resultados reflejan distintas versiones de dramaterapia (psicodrama, drama social y representación de roles) lo que dificultan la generalización de los resultados de estos estudios a la dramaterapia occidental.

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"[132].

Izquierdo y Khan[132] (3 ECA, n = 149) evalúan la hipnosis en pacientes con esquizofrenia comparándola con tratamiento estándar (el nivel normal de atención psiquiátrica que se proporciona en el área donde se realiza el ensayo: medicación, hospitalizaciones, intervención familiar, etc.) u otras intervenciones. La intervención de hipnosis consistía en una única sesión de 90 minutos. En esta RS solo se aportan resultados cuando se compara hipnosis con TE o relajación en relación al estado mental (estos datos provienen de una tesina)[133], ya que se excluyeron aquellos artículos que tenían grandes perdidas (>50%) durante el seguimiento.

Pregunta para responder

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

Terapia Morita

Terapia morita (TM) + tratamiento estándar (TE) vs. TE

No hay diferencia entre terapia morita + TE *vs.* TE en relación a la mejora de los síntomas negativos a corto plazo (medidos según escala SANS) (1 ECA, n = 50; RR = 0,89; IC 95%: entre 0,41 y 1,93). Sin embargo sí se ha encontrado diferencias significativa a favor de la TM a medio plazo (1 ECA, n = 42; RR = 0,25; IC 95%: entre 0,08 y 0,76)[126]. Se han obtenido resultados a favor de la terapia morita + TE en relación al estado mental, según la escala BPRS, a medio plazo (1 ECA, n = 76; disminución >25% a 30% en BPRS; RR = 0,36; IC 95%: entre 0,14 y 0,89; NNT = 5; IC 95%: entre 4 y 25)[126]. La terapia morita + TE mejoró significativamente la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (funcionamiento social) a corto plazo en comparación con el tratamiento estándar solamente (1 ECA; n = 104; DMP = -4,1; IC 95%: entre -7,7 y -0,6), y a medio plazo (n = 48, DMP: -10,50; IC 95% entre -12.50 y -8.50)[126].	RS (1-)

Técnicas de distracción (TD)

No hay diferencias entre TD + tratamiento estándar (TE) *vs.* promoción de la salud + TE, en relación a la mejoría del estado mental a corto plazo (medido a través de la escala BPRS) (1 ECA; n = 60; DMP = 1,60; IC 95%: entre -0,49 y 3,69)[128].	RS (1-)

Dramaterapia

Dramaterapia + TE vs. terapia grupal + TE

ECA (1-) Los resultados indican que no hay mejoría significativa del estado mental de las personas con esquizofrenia hospitalizadas que han recibido como intervención la dramaterapia, comparada con terapia grupal (n = 24; RR: 0,5; IC 95%: entre 0,05 y 4,81)[130].

Psicodrama + medicación + estancia hospitalaria vs. medicación + estancia hospitalaria

ECA (1-) En el estudio realizado por Zhou y Tang[131], se encontró que existe mejores niveles de autoestima a favor del grupo de psicodrama (medida a través de la escala SES) que en el grupo control (n = 24; DMP = 4; IC 95%: entre 0,80 y 7,20).

Hipnosis

Hipnosis vs. TE

ECA (1-) No se ha hallado evidencia que indique que la hipnosis mejore el estado mental a la semana de la intervención medido con la escala BPRS (1 ECA; n = 60; DMP = -3,63; IC 95%: entre -12,05 y 4,79)[133].

Hipnosis vs. relajación

ECA (1-) No se ha encontrado mejoría o deterioro del estado mental entre la hipnosis y la relajación, valorados con la escala BPRS, a la semana de la intervención (1 ECA; n = 60; DMP = -3,38; IC 95%: entre -11,40 y 4,64)[133].

Resumen de la evidencia

1-	En la terapia morita aplicada a personas con esquizofrenia, no se han encontrado resultados significativos en cuanto a la mejora de los síntomas negativos, o la mejora del estado mental[134]. Sin embargo, sí se ha encontrado diferencias significativa a favor de la terapia morita a medio plazo[135].
1-	La terapia morita + tratamiento estándar mejora el estado mental a medio plazo[136].
1-	La terapia morita mejora la capacidad de realizar actividades de la vida diaria en personas con esquizofrenia a corto[137] y medio plazo[138].
1-	No hay diferencias entre la técnica de distracción y el tratamiento estándar en relación a mejorar el estado mental en personas con esquizofrenia[139].
1-	La dramaterapia no mostró mejoría en el estado mental de las personas con esquizofrenia hospitalizadas[140].

1-	La dramaterapia puede ayudar a mejorar la autoestima de las personas con esquizofrenia[131].
1-	No hay evidencia que indique que la hipnosis mejora el estado mental en personas con esquizofrenia)[133].

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.

5.2. 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?

5.2.1. 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.

Tungpunkom y Nicol[141] realizaron una RS que incluye 4 ECA (n = 318) en donde 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. También se han revisado diferentes artículos de Robert Liberman[142-145], autor que tiene diversas publicaciones en esta área, y se han descartado por referirse a entre-

namiento en habilidades sociales y no en habilidades instrumentales, que es el enfoque de esta pregunta.

RS (1-) Los resultados encontrados no indican diferencias entre las personas que han sido entrenadas en el programa de habilidades de la vida diaria, comparado con las personas que han recibido intervención estándar, en cuanto a los siguientes aspectos[141]:

Actividades domésticas (n =10; RR = 0,24; IC 95%: entre 0,001 y 4,72).

Autocuidado (n = 10; RR = 1,00; IC 95%: entre 0,28 y 3,54).

Síntomas positivos de la PANSS (n = 38; DMP = -0,80; IC 95%: entre -4.38 y 2,78).

Síntomas negativos de la PANSS (n = 38; DMP = 1,90; IC 95%: entre -1,75 y 5,55).

Psicopatología general de la PANSS (n = 38; DMP = 0,00; IC 95%: -3,12 a 3,12).

Calidad de vida (n = 32; DMP = -0,02; IC 95%: -0,01 a 0,03).

5.2.2. 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 compensen sus deficiencias personales y 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[146,147]. 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 alternativas[148]. Todo dentro de un modelo funcional sociosanitario coordinado.

Pisos supervisados son un recurso comunitario de alojamiento y soporte social ubicado en pisos o viviendas en los que conviven varias personas afectadas de trastorno mental grave con un nivel de autonomía suficiente y que no cuentan con suficiente apoyo familiar para vivir de forma independiente. Ofrecen, con carácter temporal o indefinido, según las necesidades de cada caso, alojamiento, apoyo personal y social, apoyo a la integración y una supervisión flexible y continuada.

Miniresidencias (casas hogar) son centros residenciales comunitarios de pequeño tamaño, en torno a 20 plazas, destinadas a personas afectadas de trastorno mental grave con

deterioro en su autonomía personal y social. Su objetivo fundamental es proporcionar, con carácter temporal o indefinido, alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, y apoyo a la integración comunitaria, a personas que no cuentan con apoyo familiar y social o que, debido a su grado de deterioro psicosocial, requieren los servicios de este tipo de centro residencial.

Plazas supervisadas en pensiones son pensiones de huéspedes en las que, con el objetivo de evitar procesos de marginación, se ofrece alojamiento y cobertura de necesidades básicas a personas con trastorno mental grave con un buen nivel de autonomía y un estilo de vida muy independiente, pero sin apoyo familiar ni recursos económicos.

Existe una revisión sistemática realizada por Chilvers *et al.*[149] que a pesar de obtener 139 citas, una vez seleccionados los estudios y evaluada su calidad, no se encontró ninguno que cumpliera los criterios de inclusión establecidos en la revisión, por lo que no se pudo extraer ninguna conclusión.

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.*[150]. Estos autores hacen una revisión de 30 estudios (en su mayoría descriptivos) en donde se evalúa 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 pacientes de unidades de media y larga estancia.

Descriptivo (3)

También, en el estudio transversal y descriptivo de López *et al.*[151-155], se analiza el programa residencial comunitario para personas con TMG en Andalucía. En este estudio 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 ($n = 327$; $p = 0{,}035$) y se incrementa la adherencia al tratamiento farmacológico ($n = 372$; $p<0{,}001$).

5.2.3. 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 psicosociales[156]. Este concepto de “rehabilitación recreati-

va" 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 satisfacción[157].

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.*[158] 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 (n = 36), 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 significativas en cuanto a:

Antes y después (3)

- Satisfacción general de vida: ($p<0.001$)
- Disminución de la soledad: ($p<0.001$)
- Fomento de la autoestima: ($p<0.05$)
- Satisfacción con las relaciones sociales ($p<0.05$)
- Satisfacción con las actividades de ocio ($p<0.05$)
- Funcionamiento social ($p<0.001$)

Existe cierto conocimiento profesional, basado principalmente en la práctica clínica diaria de la mejora sintomática en algunas personas con TMG, después de su participación en programas que estructuran la realización de actividades de ocio constructivo.

A pesar de la ausencia de evidencia sobre la efectividad de estos programas, este tipo de intervenciones y recursos existen actualmente y es posible acceder a ellos a través del sistema nacional de salud o los servicios sociales. Los profesionales de Salud Mental y servicios sociales están capacitados para llevar a cabo estas intervenciones; sin embargo, hay grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas, y entre áreas rurales y urbanas, respecto a los recursos y a los programas que se ofrecen.

Resumen de la evidencia

	Programas de habilidades para la vida diaria
1-	No hay diferencias entre las personas que han sido entrenadas en el programa de habilidades de la vida diaria frente a las que han recibido intervención estándar, en relación a actividades domesticas, autocuidado, síntomas positivos y negativos, psicopatología general y calidad de vida[159,160].
	Programas residenciales en la comunidad
3	Los programas residenciales comunitarios mejoran el funcionamiento social, la integración social y el grado de satisfacción de los pacientes en comparación con los programas rehabilitadores en unidades de media y larga estancia[150].

3	Los programas residenciales comunitarios producen una mejoría en la satisfacción del usuario y se incrementa la adherencia al tratamiento farmacológico.[151-155].
	Programas dirigidos al ocio y tiempo libre
3	Los programas de ocio y tiempo libre en personas con TMG y con deficiencias percibidas en sus relaciones sociales ayudan a mejorar la satisfacción general de su vida, disminuye la percepción de soledad, fomenta la autoestima, mejora la satisfacción con las relaciones sociales, con las actividades de ocio y mejora el funcionamiento social[158].

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.

5.2.4. 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 seguimiento[161].

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 vocacional[162]. 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.

La rehabilitación vocacional (o la rehabilitación laboral) pone en marcha programas de entrenamiento en habilidades sociales y preparación profesional para la posterior incorporación en un puesto de trabajo. Se adaptan tanto a las especiales dificultades de la persona aspirante, como a sus necesidades de orientación, de apoyo y seguimiento en el puesto de trabajo y pueden incorporar talleres ocupacionales de aprendizaje con actividades ocupacionales. Tienen el riesgo de perder su eficacia y quedarse en la formación y el aprendizaje repetitivo si no existe la perspectiva de incorporación inmediata a un empleo, sea protegido u ordinario.

El concepto de empresa social es un concepto que engloba (aunque con ciertos riesgos) diferentes figuras empresariales cuyo objetivo es la creación de empleo para personas con dificultades para el mercado competitivo. La normativa que las regula obliga a programas de ajuste y capacitación individual y compensa las dificultades individuales y de estructura con medidas de apoyo tanto económicas (subvenciones, desgravaciones), como en el contrato (plazos y condiciones), como en recursos humanos de apoyo: *Social Firms* (UK y Alemania), y *Cooperativas* (Italia).

En España la figura predominante ha sido el Centro Especial de Empleo (CEE) (con el que se identifica la expresión "empleo protegido") creada para el colectivo de personas con discapacidad a través de la Ley de Integración Social de los Minusvalidos[163]. El CEE se entiende en la ley, como un empleo de transición al mercado ordinario pero que en muchos casos tanto por dificultades de estructura, por la rigidez del mercado laboral, como por la escasez de programas de apoyo al mercado ordinario se quedan en un empleo protegido definitivo y a veces marginal.

El empleo con apoyo se orienta a la colocación inmediata en el mercado competitivo, acompañada con medidas de entrenamiento y seguimiento individual en el puesto, así como de apoyo al empleador, sin plazo definido para asegurar el mantenimiento del empleo. Este enfoque pone el énfasis en el acceso rápido y la atención a las preferencias y motivaciones personales; en considerar que no son necesarios los largos procesos de valo-

ración y re-entrenamiento que en algunos casos son un factor de desmotivación; y que el proceso de estabilidad personal se acelera si se integran a su vez, aspectos asistenciales y laborales que permitan la superación de dificultades. De todos los modelos de apoyo al empleo el más investigado es el de empleo y apoyo individual (*Individual Placement and Suport*, IPS)[164].

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 GPC de Esquizofrenia del NICE[8] se incluye la RS de Crowther *et al.*[165] y además 2 ECA[166,167] más. Los criterios de inclusión utilizados en la GPC del NICE[8] se refieren a personas con diagnóstico de TMG (esquizofrenia, esquizofrenia afectiva y trastorno bipolar). Se excluyeron los estudios cuya población la constituían personas con nivel intelectual bajo/retraso mental, o abuso de sustancias como primer y único diagnóstico. Los estudios incluidos varían en cuanto al periodo de seguimiento (de 5 meses a 4 años), pérdidas, diagnóstico y edad (19-46 años).

En la revisión sistemática elaborada por Crowther *et al.*[165], que incluye 18 ECA[168-185], está diseñada para evaluar la eficacia sobre el empleo del entrenamiento prevocacional (EPV) y el empleo protegido (EP), comparadas entre sí y con el tratamiento estándar (TE).

En relación a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar, se han encontrado datos de la GPC de Trastorno Bipolar del NICE[7] en donde se incluyen los datos de la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] y añaden 3 ECA más de utilidad por la especificación de los estudios, pero de escasa aplicabilidad al subgrupo de TMG con diagnóstico de trastorno bipolar, al incluir estudios de TMG con escasa representación de este diagnóstico en las muestras (5%-43%).

Bond *et al.* [186] realizan una RS, en donde incluyen 11 ECA de estudios de empleo protegido con alta fidelidad al modelo de empleo y apoyo individual (*Individual Placement and Support,* IPS) en pacientes con TMG, con el objetivo de evaluar su eficacia en la consecución de empleo competitivo.

Mueser *et al.*[187] realizó un ECA en donde se examina las relaciones entre preferencias, satisfacción y mantenimiento del empleo en una muestra de 204 pacientes con TMG. Los pacientes fueron aleatorizados entre IPS, un programa de rehabilitación psiquiátrica y el tratamiento estándar. Los pacientes asignados al programa de IPS, aquellos que obtuvieron empleos que coincidían con sus preferencias previas sobre el tipo de trabajo deseado, obtuvieron mayores niveles de satisfacción y mayor duración del empleo, no observándose dicha relación en los otros dos programas.

En el ECA (n = 40) desarrollado por McGurk et al.[188] en personas con TMG y con historia previa de fracaso laboral, fueron asignadas aleatoriamente o a un programa de empleo protegido o a otro programa de empleo potenciado con entrenamiento cognitivo. Los rendimientos laborales se midieron a los 2-3 años. 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 (p<0,001).

Finalmente, se han incluido dos estudios multicéntricos, unos desarrollado en EEUU y otro en seis sedes europeas. En el estudio multicéntrico estadounidense diseñado para comparar el coste-eficacia de los actuales antipsicóticos atípicos y convencionales (CATIE), evaluó en 1411 personas con TMG y 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 (OR = 1,3, p < 0,05), y en mayor grado con empleo no competitivo (OR = 1,62; p < 0,0001)[189].

En el otro estudio multicéntrico realizado en seis sedes europeas, se aleatorizó a 312 personas con TMG (80% con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y esquizoafectivo y 20% con trastorno bipolar y otros) a un programa de empleo protegido (EP-IPS) o entrenamiento prevocacional (EPV). Se hizo un seguimiento de 18 meses y análisis por intención de tratar, con el objetivo de 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[164].

Todos estos estudios incluyen pacientes que cumplen criterios de TMG semejantes a los utilizados en nuestro medio. Sin embargo, los estudios provienen fundamentalmente de Estados Unidos, donde los factores periambientales (legislación, situación económica y de protección social, ratio de desempleo, estructuras sociales y sanitarias, etc.) se presumen importantes y son muy diferentes al contexto español. Las intervenciones pueden ser semejantes a las realizadas en España, aunque es difícil la fidelidad al modelo de IPS en los escasos lugares donde existen programas o servicios de inserción laboral; es mayor la semejanza en cuanto al tratamiento estándar y el entrenamiento prevocacional.

Los autores de los estudios señalan la dificultad de trabajar con muestras comunitarias que son heterogéneas y que incluyen personas que no desean trabajar, y la diferencia que hay con los pacientes en programas de empleo, que pueden suponer una muestra autoseleccionada. Además, las ratios de empleo conseguidas son bajas, incluso con los programas más efectivos (a excepción de los programas de EP-IPS con alta fidelidad al modelo, con los que consiguen empleo la mayoría de los participantes, >50%), y el empleo no es un objetivo personal ni válido para todas las personas con TMG.

Hay autores que señalan que una ratio de desempleo general superior al 10% en el medio influye claramente y de manera negativa en la adquisición y mantenimiento del empleo en la población con TMG, y en nuestro medio se da el caso[190]. No obstante, aunque la incorporación a un programa de empleo sea una decisión personal, tras la información y el consentimiento oportuno, la adquisición y mantenimiento del rol de trabajador favorece un proceso normalizador en la persona y mejora la autonomía, por lo que parece importante y necesaria la implementación de programas dirigidos al empleo.

Entrenamiento prevocacional (EPV) vs. tratamiento estándar (TE)

No hay evidencia favorable a EPV en mantenimiento de empleo competitivo a los 8 meses, comparado con tratamiento hospitalario estándar en un pequeño estudio (n = 50; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,63 y 1,00)[168]. ECA (1-)

No se observaron diferencias en la consecución de empleo competitivo a los 18 meses entre EPV y tratamiento comunitario (n = 28; RR = 1,18; IC 95%: entre 0,87 y 1,61)[169] y 24 meses (n = 215; RR = 0,95; IC 95%: entre 0,77 y 1,17)[170]. ECA (1-)

La EPV favorece la obtención de cualquier forma de empleo cuando se compara con el tratamiento estándar hospitalario (n = 59; RR = 0,42; IC 95% entre 0,26 y 0,68)[168]. ECA (1-)

No se observaron diferencias en horas trabajadas por mes entre EPV y tratamiento estándar hospitalario (n = 28; horas = 36,8 y 31,6 horas de media respectivamente; p = 0,92)[171]. ECA (1-)

Existe cierta evidencia de que los usuarios de EPV ganaron significativamente más dinero mensual que los que recibieron tratamiento estándar hospitalario (176 $ y 97,3 $ de media, respectivamente; p <0,01)[172]. ECA (1-)

No hay diferencia en cuanto al nivel de participación de los usuarios en los programas cuando se comparan los programas de EPV y el tratamiento estándar hospitalario (n = 78; RR = 0,5; IC 95%: entre 0,05 y 5,25)[165]. RS (1+)

No existen diferencias entre EPV y tratamiento comunitario en ninguna forma o dato relacionado con empleo[165].

Cuando se compara el EPV con el tratamiento comunitario estándar, no hay diferencias en los porcentajes de finalización de los programas (n = 284; RR = 0,95; IC 95%: entre 0,52 y 1,7)[165].

Pese a encontrar una menor ratio de reingreso hospitalario entre los pacientes que recibieron EPV (n = 887; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,65 y 0,95), esta diferencia perdió la significación al utilizar un modelo de efectos aleatorios por elevada heterogeneidad en 3 estudios (n = 887; RR = 0,71; IC 95%: entre 0,48 y 1,04)[165], por lo que la evidencia es insuficiente para determinar si hay diferencias significativas entre el EPV y el TE en ratios de reingreso hospitalario.

Entrenamiento prevocacional (EPV) vs. EPV + alternativas (clubhouse, refuerzo económico, intervención psicológica, empleo transicional)

En el trabajo de Beard *et al.*[170] no se han encontrado diferencias significativas entre el EPV según modelo *clubhouse* (dispositivo en el que y desde el cual se ofertan: a) actividades sociales, b) órdenes de trabajo diario en equipos, c)empleo transicional durante 3-4 meses hasta completar fases a y b, y colocación en puesto de trabajo con adaptación y apoyo) comparado con el tratamiento estándar comunitario, en cuanto a la consecución de empleo competitivo y cualquier otra variable de empleo, con un seguimiento de 3–12 meses (n = 215; RR = 0,95; IC 95%: entre 0,77 y 1,17). ECA (1-)

ECA (1–) Hay menos reingresos en el grupo EPV-clubhouse, comparado con el tratamiento estándar comunitario (n = 215; RR = 0,69; IC 95%: entre 0,46 y 0,96)[170].

ECA (1+) El estudio de 6 meses de Bell *et al.*[176], una intervención de trabajo protegido a tiempo parcial remunerado en el contexto de un hospital, de portero a administrativo, con apoyo grupal semanal de 50 minutos, mostró un mayor número de personas en cualquier tipo de empleo en el grupo EPV + alternativas (refuerzo económico), comparado con solamente el EPV (n = 150; RR=0,40; IC 95%: entre 0,28 y 0,57), y también ganaron significativamente más dinero por mes (192 $ y 32 $ respectivamente; t = 7,56; p <0,0001). El trabajo competitivo no fue un resultado estudiado.

Los participantes en el grupo de trabajo protegido remunerado presentaron mayor permanencia (n = 150; RR = 0,53; IC 95%: entre 0,39 y 0,71; NNT = 3), menor número de reingresos hospitalarios (n = 150; RR = 0,55; IC 95%: entre 0,31 y 0,96; NNT = 6) y menores puntuaciones en síntomas (medido en la escala PANSS; p <0,02) que el grupo EPV[176].

ECA (1+) En los estudios de Kline y Hoisington[177], y Blankerz y Robinson[178], se realizaron EPV y técnicas psicológicas. En el estudio de Kline y Hoisington[177] hay una intervención grupal de 1,5 horas durante 12 semanas, en la que se discute sobre valores laborales y que está orientada a disminuir la ansiedad. En el estudio de Blankerz y Robinson [178] se aplica *counselling*, aprendizaje de técnicas sociales y sesiones grupales con refuerzo por objetivos parciales. Ambos estudios presentaron resultados favorables en cuanto a la consecución de empleo competitivo (n = 142; RR = 0,86; IC 95%: entre 0,78 y 0,95; NNT = 7); pero se observó heterogeneidad en los estudios (p = 0,007). Cuando se realizó el reanálisis con un modelo de efectos aleatorios, no se encontraron diferencias significativas (n = 142; RR = 0,76; IC 95%: entre 0,44 y 1,33).

ECA (1+) Aquellos que recibieron EPV + intervención psicológica añadida presentaron diferencias a favor de conseguir "cualquier forma de empleo" (n = 122, RR = 0,89; IC 95% entre 0,81 y 0,97; NNT = 9) y "cualquier forma de empleo o educación al final del estudio" (n = 122, RR = 0,85 IC 95% entre 0,52 y 0,77; NNT = 3)[178].

No se observaron diferencias entre EPV + intervención psicológica y el grupo control en cuanto a mejoría clínica (n = 142; RR = 0,85; IC 95% entre 0,33 y 2,18)[178].

ECA (1+) Los pacientes con fracaso laboral previo integrados en el programa de empleo protegido con entrenamiento cognitivo presentaron mayor probabilidad de haber trabajado (69,6% *vs*. 14,3%), haber mantenido más empleos, haber trabajado más semanas, más horas y mayores salarios que los pacientes a los que sólo se les ofreció empleo protegido (p<0,001)[188].

ECA (1+) El estudio de Bond y Dincin[179] aporta datos cuando compara el empleo transicional con entrada acelerada (sin entrenamiento prevocacional, empleo remunerado al menos 2 días por semana) con entrada gradual en empleo protegido. Se observó una diferencia a favor de la entrada acelerada (n = 131; RR = 0,88; IC 95%: entre 0,78 y 1,00). Los usuarios con entrada acelerada en el empleo transicional no consiguieron mejores datos de empleo (n = 131; RR = 0,96; IC 95%: entre 0,69 y 1,33); sin embargo, ganaron significativamente más dinero.

Empleo protegido (EP) vs. tratamiento estándar (TE)

El empleo protegido mostró un significativo mayor número de personas en empleo competitivo a los 24 y 36 meses (n = 256; RR = 0,88; IC 95%: entre 0,82 y 0,96; NNT = 9), pero no a los 12 meses[180]. ECA (1+)

Los usuarios en programas de empleo protegido mostraron una mayor probabilidad de estar en cualquier tipo de empleo a los 12 meses (n = 256; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,70 y 0,90; NNT = 6), y también de ganar significativamente más dinero por mes que los controles (60,5 $ vs. 26,9 $, p <0,05)[180].

El empleo protegido no mostró diferencias significativas con los controles en ratios de participación (n = 256; RR = 0,74; IC 95%: entre 0,55 y 1,01) ni en menor número de reingresos (n = 256; RR = 0,83; IC 95%: entre 0,63 y 1,1)[180].

La mayor participación en servicios de rehabilitación laboral estaba asociada con la participación en empleo competitivo (OR = 1,3, p < 0,05) y, en mayor grado con empleo no competitivo (OR = 1,62; p <0,0001)[189]. Observacional (3)

Comparado con los programas de tratamiento estándar, los pacientes incluidos en el programa empleo y apoyo individual (*individual placement and support*, IPS) obtuvieron con mayor probabilidad empleo competitivo (75.0% *vs.* 27.5%) o cualquier tipo de trabajo remunerado (75.0% *vs.* 53.6%) (p<0.0001)[187]. ECA (1+)

Los pacientes incluidos en el programa empleo y apoyo individual (*individual placement and support*, IPS) que obtuvieron empleos que coincidían con sus preferencias previas sobre el tipo de trabajo deseado obtuvieron mayores niveles de satisfacción (p = 0,1) y mayor duración del empleo (p<0.05) que en aquellos en los que el empleo no coincidió con sus preferencias; no observándose dicha relación entre los pacientes en programas de rehabilitación psiquiátrica o en tratamiento estándar[187].

Empleo protegido (EP) (incluyendo empleo y apoyo individual "individual placement and support", EP-IPS) vs. entrenamiento prevocacional (EPV)

Se observaron diferencias significativas a favor de EP en el número de personas con empleo competitivo a los 4, 12 y 18 meses. A los 12 meses, el 34% de los pacientes en EP estaban empleados frente a solo el 12% del grupo EPV (n = 484; RR = 0,76; IC 95%: entre 0,64 y 0,89; NNT = 5)[165]. RS (1+)

La variante IPS (*Individual Placement and Support*) de empleo protegido también mostró mayor número de personas con empleo competitivo que el entrenamiento prevocacional, a los 4, 12 y 18 meses. A los 12 meses estaba empleado el 30% y el 12%, respectivamente (n = 295; RR = 0,79; IC 95%: entre 0,70 y 0,89; NNT = 6)[165].

RS (1++) Una revisión de 11 estudios con elevada afinidad al modelo IPS mostró una mayor ratio de empleo competitivo entre las personas que siguieron IPS, comparadas con el resto de intervenciones vocacionales control (61% y 23% de empleados, diferencia de medias 38% (rango 20% a 55%)[186].

Hay evidencia que indica que IPS logra un número de pacientes que trabajan más de 20 horas por semana, comparado con los controles (43,6% y 14,2%, respectivamente[186].

Los modelos de EP-IPS consiguen mayor rapidez en la obtención del primer empleo que los controles (138 días *vs*. 206), el doble de tiempo con trabajo al año (12,1 vs. 4,8 semanas/año) y un mayor tiempo de mantenimiento del trabajo competitivo (22,0 vs. 16,3 semanas)[186].

ECA (1+) Los pacientes en empleo protegido trabajaron más horas en trabajo competitivo que los que recibieron EPV ($p < 0,001$)[181], ($p<0,001$)[182], ($p = 0,03$)[183]; y también ganaron significativamente más dinero que los que estaban en EPV: ($p <0,05$)[184], ($p =0,019$)[185], y ($p <0,001$)[181]; aunque en otro estudio las diferencias no fueron significativas ($p >0,05$)[182].

ECA (1+) Comparado con los programas de rehabilitación psiquiátrica, los pacientes incluidos en el programa IPS tenían mayor probabilidad de conseguir empleo competitivo o cualquier otra forma de empleo remunerado respectivamente ($p<0.0001$)[187].

ECA (1+) No hay diferencias en el mantenimiento en programas entre EP y EPV[181-185]. Tampoco se han encontrado en relación a funcionamiento global (medido con el GAF), o autoestima (medida con la escala de Rosenberg)[181].

ECA (1+) Los pacientes incluidos en programas de IPS presentaron, a los 18 meses de seguimiento, una mayor probabilidad de haber trabajado al menos un día que los programas vocacionales (55% *vs*. 28%), un menor número de abandonos (13% *vs*. 45%) y de rehospitalizaciones (20% *vs*. 31%). También se observó que la tasa local de empleo influyó de manera sustancial en la efectividad del programa IPS ($p<0.016$)[164].

Resumen de la evidencia

1-	La evidencia es insuficiente para determinar si el entrenamiento prevocacional confiere un beneficio adicional a las expectativas laborales de las personas con TMG cuando lo comparamos con el tratamiento estándar, en relación al mantenimiento de empleo competitivo[168,170,171,173,174].
1-	EPV favorece la obtención de cualquier forma de empleo cuando se compara con el tratamiento estándar hospitalario[168].
1-	No hay diferencias en cuanto a las horas trabajadas por mes entre EPV y TE hospitalario, para personas con TMG[171].

1-	La incorporación de pago al EPV produce una mejora limitada pero significativa de los resultados[172].
1+	No hay diferencia en cuanto al nivel de participación de los usuarios en los programas cuando se comparan los programas de EPV con el tratamiento estándar hospitalario[165].
1+	EPV o TE comunitario no mejoran los porcentajes de finalización de los programas[165].
1+	EPV no mejora las ratios de reingresos hospitalarios[165].
1-	No hay diferencias entre EPV (modelo *clubhouse*) *vs.* TE en relación a la consecución de empleo competitivo[170].
1-	Hay menos reingresos hospitalarios en el grupo que participó en EPV-*clubhouse* que en el que recibió tratamiento estándar[170].
1+	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 EPV[176].
1+	Aquellos que recibieron EPV + intervención psicológica añadida presentaron diferencias a favor de conseguir "cualquier forma de empleo" y "cualquier forma de empleo o educación al final del estudio"[178].
1+	No hay diferencias entre EPV + técnicas psicológicas vs. grupo control en cuanto a mejoría clínica[178].
1+	Los pacientes con fracaso laboral previo integrados en el programa de empleo protegido con entrenamiento cognitivo presentaron mayor probabilidad de haber trabajado, haber mantenido más empleos, haber trabajado más semanas, más horas y mayores salarios que los pacientes a los que sólo se les ofreció empleo protegido[188].
1+	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 dinero[179].
1+	El grupo de empleo protegido mostró un significativo mayor número 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 dinero[180].
1+	El empleo protegido no mostró diferencias significativas en relación al grupo control en las ratios de participación ni en el número de reingresos[180].
3	El mayor acceso y participación en servicios de rehabilitación laboral estaba asociada con una mayor probabilidad de consecución de empleo competitivo y, en mayor grado, de empleo no competitivo[189].
1+	Las personas incluidas en el programa empleo y apoyo individual (*individual placement and support,* IPS) obtuvieron mayor probabilidad de empleo competitivo, cualquier tipo de trabajo remunerado, mayores niveles de satisfacción, mayor duración del empleo que en aquellas personas en las que el empleo no coincidió con sus preferencias[187].

1+	Existe una 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[165].
1++	Los modelos de EP-IPS consiguen una mayor rapidez en la obtención del primer empleo y el doble de tiempo con trabajo al año, manteniendo más tiempo el trabajo competitivo[186].
1+	Las personas en empleo protegido trabajaron más horas en trabajo competitivo que las que recibieron EPV[183]
1+	Las personas en empleo protegido ganan más dinero que los que están en entrenamiento prevocacional[181,182,184,185].
1+	No hay diferencias entre EP (incluyendo EP-IPS) *vs.* EPV en el funcionamiento global[181].
1+	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 protegido[164].

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 orientar 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.

5.2.5. 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" [191]. A menudo se percibe como un método psicoterapéutico, en el sentido de que aborda procesos intra e interpsíquicos 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.

Existe una RS de Gold *et al.*[192] (4 ECA, n = 321)[193-196] en la que 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). El tratamiento varía entre 7 y 78 sesiones.

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 facilitador[197]. 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.

Ruddy *et al.*[198], en la RS que realiza, compara la arteterapia y el tratamiento estándar con la atención estándar solamente, en personas con esquizofrenia. Solamente 2 estudios (n = 137) cumplieron los criterios de inclusión en esta revisión. Estos estudios no incluyeron suficientes participantes como para que los resultados fueran significativos, y no se pudieron obtener conclusiones claras con respecto a beneficios o daños de la arteterapia a partir de ellos.

Es difícil estimar la disponibilidad de esta intervención; sin embargo, hay descripciones de su uso en personas con esquizofrenia, individualmente o en grupos, en ámbitos ambulatorios y hospitalarios, así como en el sector privado[199].

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

Musicoterapia + tratamiento estándar (TE) vs. TE

ECA (1-) La musicoterapia como complemento al tratamiento estándar es superior que la TE solamente a medio plazo en la mejoría del estado global (n = 72, RR= 0,10; IC 95%: entre 0,03 a 0,31)[193].

En una intervención de menos de 20 sesiones no se encuentran diferencias significativas a favor de la musicoterapia en relación al estado mental a medio plazo (n = 69); puntuación final promedio en la escala PANSS, DMP = -0,36; IC 95%: entre -0,85 y 0,12)[194]; sin embargo, cuando la intervención es superior a 20 sesiones, sí existen diferencias a favor de la musicoterapia (1 ECA; n = 70; puntuación final promedio en la escala BPRS, DMP = -1,25; IC 95%: entre -1,77 y -0,73)[193].

La musicoterapia favorece la mejoría de los síntomas negativos (3 ECA, n = 180); puntuación final promedio en la escala SANS (DMP = -0,86; IC 95%: entre -1,17 y -0,55)[193,195,196].

ECA (1-) Hay una mejora del funcionamiento social en el grupo de la musicoterapia cuando se aplican 20 o más sesiones (1 ECA; n = 70, puntuación final promedio en la escala SDSI, DMP = -0,78; IC 95%: entre -1,27 y -0,28)[193].

No se encuentran diferencias a favor de la musicoterapia en relación a la satisfacción del paciente a medio plazo (menos de 20 sesiones)(1 ECA; n = 69; puntuación promedio de la escala CSQ, DMP = 0,32; IC 95%: entre -0,16 y 0,80)[194].

La musicoterapia no mejora la calidad de vida (medida con la SPG) con una intervención de menos de 20 sesiones (1 ECA; n = 31; DMP = 0.05; IC 95% entre -0,66 y 0,75) cuando se compara con la TE solamente[196].

Arteterapia

RS (1-) El estado mental medido con la escala SANS mejoró ligeramente en favor del grupo de arteterapia (n = 73; 1 ECA; DMP = -2,3; IC 95%: entre -4,10 y -0,5)[198].

El funcionamiento social (medido con la escala SFS) a corto plazo, no mostró diferencias claras entre los grupos en las puntuaciones finales (n = 70; 1 ECA; DMP = 7,20; IC 95%: entre -2,53 y 16,93); y la calidad de vida, medida con la escala Perc Qol, no indicó los efectos de la arteterapia (n = 74; 1 ECA; DMP = 0,1; IC 95%: entre -2,7 y 0,47)[198].

Resumen de la evidencia

1-	La musicoterapia como complemento al TE mejora el estado global a medio plazo[193].
1-	Las intervenciones de musicoterapia de más de 20 sesiones mejoran el estado mental y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia[193].
1-	La musicoterapia produce un efecto positivo en la mejoría de los síntomas negativos de las personas con esquizofrenia[193,195,196].
1-	No hay diferencias entre musicoterapia y TE en relación a la satisfacción del paciente a medio plazo[194] o a la mejora la calidad de vida[196].
1-	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[198].

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.

5.3. 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 desinstitucionalización se han desarrollado una serie de servicios comunitarios (centros de Salud Mental comunitarios-CSMC, centros de día, etc.)[8], que serán objeto de revisión en este apartado. En España, este proceso vino de la mano de la Ley General de Sanidad[200] 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 comunidad[11].

Los equipos multidisciplinarios 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 TMG[201]. Las preocupaciones acerca del funcionamiento de los ESMC han surgido acerca de los siguientes aspectos[8]:

- Impacto en la comunidad, violencia, etc., de las personas con TMG.
- Calidad de vida de los pacientes con TMG y de sus cuidadores.

- Falta de evidencia clara sobre los beneficios de la organización en CSMC.
- Escaso conocimiento de los componentes que harían más efectivo el funcionamiento.

El desarrollo de servicios adicionales en la comunidad ha tenido la consecuencia de incrementar la complejidad a la que las personas 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 encargada/o de caso[202]. De este modo, en los últimos 20 años se han generado otros tipos de servicios que pueden ser clasificados en 2 categorías[8]:

- Servicios con objetivos muy delimitados: intervención en crisis, atención domiciliaria, rehabilitación laboral o intervención precoz.
- Servicios destinados a cubrir una amplia gama de necesidades del paciente, como el tratamiento asertivo comunitario (TAC) o el *Case Management*.

En las últimas dos décadas han surgido una serie de sistemas de *Case Management*[202]. El primero de los enfoques fue el de "agente"que no cumple 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/a de funciones clínicas con habilidades en áreas como psicoeducación y psicoterapia. En los años setenta se creó un programa comunitario como alternativa al hospital: el 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 clínico[203]. Estos equipos han sido denominados en Reino Unido *Assertive Outreach Teams*. El TAC es implementado por un equipo multidisciplinario con unas características básicas[204]:

- Baja ratio personal/pacientes (por ejemplo, 10:1).
- Servicios suministrados en la comunidad, no en la consulta.
- Casos compartidos por el equipo, no asignados de forma individual.
- Cobertura de 24 horas, 7 días a la semana.
- Servicios proporcionados por el equipo, no externos.
- Ilimitado en tiempo.

Existen otras formas de intervención derivadas del CM y del TAC como las siguientes[8]:

- *Care Program Aproach* (CPA), con estas bases:
  - Metodología sistemática para evaluar las necesidades sociales y de salud.
  - Plan de cuidado que identifica los cuidados sociales y de salud requeridos a una serie de proveedores.
  - Designación de un encargado/a de caso para mantener estrecho contacto con el usuario y monitorizar y coordinar los cuidados.
  - Revisiones regularmente programadas, y actualizaciones y modificaciones consensuadas del plan de cuidados.
- *Intensive Case Management* (ICM), que se caracteriza por una carga de menos de 20 pacientes por encargado/a de caso (normalmente, un psiquiatra).

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.

La atención en la comunidad de los pacientes con TMG se estructura a menudo en torno a los recursos que proporcionan atención durante el día. Tal y como recuerda Marshall *et al.* [205], el término "cuidados de día" se define mejor recordando sus funciones y relacionándolas con las estructuras que los proporcionan: constituir una alternativa a la hospitalización, acortar la duración de esta y promover la recuperación y el mantenimiento en la comunidad. Estas tres funciones pueden ser implementadas desde tres recursos diferentes: hospitales de día, servicios de empleo y recursos sociales.

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 Neuropsiquiatría [11], 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?

En la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] se abordan distintas intervenciones de nivel de servicios que son incluidas en esta GPC como:

- Cuidado de día hospitalario no agudo, basándose en una revisión que a su vez incluye 8 ECA, de los que se seleccionan 4.
- Centros de salud mental comunitarios (CSMC) (3 ECA, n = 334).
- Tratamiento asertivo comunitario (TAC) (22 ECA, n = 372). El comparador es tratamiento estándar, rehabilitación hospitalaria o *Case management* (CM) estándar.
- *Case management* intensivo (ICM) (13 ECA, n = 2546).

Centros de día y/o centros de rehabilitación psicosocial

Existe además otra revisión sistemática posterior a la GPC del NICE[8] como la de Catty *et al.*[206], en la que a pesar de haber identificado más de 300 citas, no encontraron ensayos clínicos aleatorios sobre centros de día no médicos.

Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC)

Referente a los CSMC, hay una revisión sistemática elaborada por Malone *et al.*[204] en la que se incluyen 3 ECA (n = 587) donde compararon estos centros con un servicio hospitalario estándar que generalmente evaluó a los pacientes en consultorios y ambulatorios, con menor énfasis sobre el trabajo multidisciplinario.

En la revisión de los estudios de CSMC existe una concordancia en casi todos los puntos evaluados: algo comprensible si se tiene en cuenta que tanto la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] como la revisión de Malone *et al.*[204] utilizan 3 estudios de los cuales 2 son comunes a ambas revisiones[201,202].

Las consideraciones que deben hacerse son estas:

- Existe una divergencia en los resultados mostrados en cuanto a hospitalizaciones, favorable a CSMC en el estudio de Malone *et al.*[204] y neutro en la GPC de Esquizofrenia del NICE[8]. Ambos resultados están obtenidos del mismo ECA[202] por lo que la única explicación es que la GPC de Esquizofrenia del NICE haya manejado datos complementarios no publicados, tal y como especifica que ha hecho en el caso de este estudio.
- En la GPC de Esquizofrenia del NICE[8] también se considera que los pacientes procedentes del estudio de Tyrer *et al.*[201] eran más graves y con más probabilidades de reingreso, por lo que optó por no agregar los datos a los del artículo de Merson *et al.*[202] y exponerlos independientemente, mientras que en la revisión de Malone *et al.*[204] sí se agregaron.
- Los datos de satisfacción procedentes del estudio de Merson *et al.*[202] son tenidos en cuenta únicamente en la RS de Malone *et al.*[204], ya que en la GPC de Esquizofrenia del NICE se considera que no son extraídos con una herramienta validada, por lo que se excluyen estos datos.

El grupo elaborador de esta GPC ha optado por tener en cuenta los datos aportados por la GPC de esquizofrenia del NICE y la RS de Malone *et al.* señalando sus divergencias metodológicas puesto que en el grueso de sus hallazgos son concordantes.

Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), Intensive Case Management (ICM), Hospitales de día no agudos y Case Management (CM)

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.

Para responder al apartado de TAC y Hospitales de día no agudos se aportan los datos obtenidos de la GPC de esquizofrenia de la NICE[8].

Ha habido estudios posteriores a la GPC de esquizofrenia de la NICE[8], entre los que se encuentra la revisión de Burns *et al.*[207] (incluye 29 ECA) donde se evaluó la eficacia del ICM para prevenir hospitalizaciones frente al tratamiento estándar o frente al CM de baja

intensidad. También está la revisión de Marshall *et al.*[205] que analizó la efectividad del CM frente a la atención estándar en personas con TMG (11 ECA, n > 1300).

Las distintas formas de proveer atención psiquiátrica y social en diferentes países limita la generalización de los hallazgos de este tipo de investigación. Los contextos locales e internacionales afectan a la extrapolación de los hallazgos a diferentes entornos[208]. En cuanto a la aplicabilidad en nuestro medio de la evidencia encontrada, existen varios problemas:

- Los distintos marcos sanitarios de Estados Unidos y Reino Unido (países en los que se han realizado la gran mayoría de los estudios), que determinan diferencias al establecer lo que es el tratamiento estándar frente al que la mayor parte de las intervenciones experimentales se comparan.
- Los distintos sistemas de apoyo y bienestar social, que determinan diferencias en cuanto a las necesidades y las áreas para las que es necesario diseñar una intervención.
- Las distintas denominaciones de intervenciones (*Assertive Outreach*, en Reino Unido; *Assertive Community Treatment*, en Estados Unidos) y las distintas versiones de una misma intervención adaptadas a cada medio (*Case Management vs. Intensive Case Management*).

Estas limitaciones en la aplicabilidad se traducen en aspectos prácticos. Por ejemplo, Malone *et al.*[204] recuerda, al hablar de la generalización de resultados de los estudios de CSMC, que hay que ser cauto, ya que la asistencia comunitaria en salud mental se ha extendido sustancialmente y es muy probable que la terapia convencional se acerque bastante a lo que se considera el tratamiento con equipos de CSMC. De esta forma, estudios adicionales pueden estar asociados a menores diferencias entre estas dos formas de asistencia.

La mayor parte de las intervenciones y configuraciones de niveles de prestación de servicios a los que se hace referencia en este capítulo están en mayor o menor medida implantadas en nuestro medio, por lo que el impacto se ha de centrar en la implantación de equipos de tratamiento asertivo comunitario. En efecto, la asistencia en la mayor parte del territorio del SNS está centrada en los CSMC, la disponibilidad de centros de rehabilitación psicosocial, unidades hospitalarias de rehabilitación, etc. varía de unas áreas a otras, pero puede considerarse generalizada a todo el territorio.

El equipo elaborador de esta GPC considera que el impacto de la implantación de equipos de TAC ha de ser elevado porque mejoraría la asistencia de los pacientes que, de no existir el servicio, no serían atendidos por el sistema (se escapan), y permitiría prestar una atención más eficiente a los que sobrecargan las unidades de corta estancia. Las personas con TMG constituyen una población relativamente pequeña pero, suponen una carga importante para el SNS y para sus familias.

Los problemas específicos del diseño de este tipo de estudios para la evaluación de las intervenciones de nivel de servicios están relacionados con las siguientes dificultades:

- La dificultad de definir con precisión dichas intervenciones.
- Las variaciones en cuanto a la aplicación de un mismo modelo (o fidelidad al modelo).
- Las variaciones entre distintos entornos y distintos momentos, en cuanto al cuidado estándar frente al que se compara.
- La frecuencia con que unas y otras intervenciones se solapan en función del lugar.

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

No se han encontrado ensayos clínicos aleatorios que evalúen estos dispositivos[206].

5.3.2. Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC)

CSMC vs. TE

Utilización de servicios

RS (1-) En la GPC de esquizofrenia del NICE[8], se indica que hay insuficiente evidencia para determinar si los CSMC reducen los ingresos hospitalarios cuando se compara con el tratamiento estándar (n =100; RR = 0,71; IC 95%: entre 0,42 a 1,19 y n = 155; RR = 0,88; IC 95%: entre 0,76 y 1,01). Estos resultados concuerdan con los hallados en la RS de Malone *et al.*[204] (n =587; 3 ECA; RR = 0,81; IC 95%: entre 0,7 a 1,0)

Tampoco se han hallado diferencias respecto al uso de servicios de urgencias (n = 587; 3 ECA; RR = 0,86; IC 95%: entre 0,7 y 1,1) ni a la disminución de los contactos con Atención Primaria (n = 587; 3 ECA; RR = 0,94; IC 95%: entre 0,8 y 1,1)[204].

Fallecimientos

RS (1-) No hay suficiente evidencia para determinar si los CSMC están asociados a una disminución de las ratios de fallecimiento (n = 100; RR = 0,54; IC 95%: entre 0,05 y 5,78; y n = 155; RR = 0,89; IC 95%: entre 0,06 y 13,98)[8]. Tampoco se han encontrado en la RS de Malone *et al*.[204] (n = 587; 3 ECA; RR= 0,47; IC 95%: entre 0,2 y 1,3) en la evaluación a medio plazo (de 3 a 12 meses).

Perdida de contacto

RS (1-) Respecto al riesgo de pérdida de contacto en la población atendida en CSMC frente al TE parece indicar que hay insuficiente evidencia para determinar dicha asociación .(n = 100; RR = 1,24; IC 95%: entre 0,49 y 3,16 y n = 155; RR = 1,04; IC 95%: entre 0,60 y 1,79)[8]. Resultado similares a los obtenidos en el estudio de Malone et al. [204] (n=253; RR = 1,10; IC 95%: entre 0,7 y 1,8).

Estado mental

ECA (1-) En los datos señalados en la GPC de Esquizofrenia del NICE, y que son los aportados por el estudio de Merson *et al.* [202] respecto a la evolución del estado mental en la población atendida en CSMC frente a TE, no se observan diferencias entre las dos intervenciones (n = 100; DMP = -0,80; IC 95%: entre -5,74 y 4,14).

Funcionamiento Social

No hay evidencia que determine si el CSMC está asociado a una mejora del funcionamiento social según la escala *Social Functioning Questionnaire* (n = 100; DMP = 0,70; IC 95%: entre -1,18 y 2,58)[8] RS (1-)

Satisfacción del servicio

En el grupo de CSMC había un número menor de personas que estaban insatisfechas en comparación con los participantes que recibieron TE (n = 87; RR=0,37; IC95%: entre 0,2 y 0,8)[204]. RS (1-)

5.3.3. Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

TAC vs. Tratamiento Estándar (TE)

Utilización de servicios

Los pacientes que reciben TAC tienen más probabilidades de permanecer en contacto con servicios que los que reciben TE comunitario (número de pérdidas en seguimiento: n = 1757; RR = 0,62; IC 95%: entre 0,52 y 0,74)[8]; además disminuye las probabilidades de ingreso, comparado con el TE (n = 1047; RR = 0,71; IC 95%: entre 0,52 y 0,97; NNT = 7; IC 95%: entre 4 y 100)[8].

El TAC disminuye las probabilidades de ingreso hospitalario comparado con la rehabilitación basada en el hospital (n = 185; RR = 0,47; IC 95%: entre 0,33 y 0,66; NNT = 3; IC 95%: entre 3 y 5)[8]. RS (1–)

El TAC está asociado a una media de reducción de un 40% en el uso de camas[8]. RS (1++)

El TAC esta asociado con un incremento de la satisfacción con los servicios comparado con TE (Escala de *Client Satisfaction Scale*: n = 120, DMP = -0,56; IC 95%: entre -0,77 y -0,36)[8]. RS (1–)

Alojamiento y trabajo

El TAC desciende la probabilidad de que los usuarios se conviertan en "sin hogar", comparado con TE (n =374; RR = 0,22, IC 95%: entre 0,09 y 0,56; NNT = 10; IC 95% entre 7 y 20)[8].

Los pacientes que reciben TAC tienen más probabilidades de vivir independientemente que los que reciben TE comunitario (no viviendo independientemente al final del estudio: n = 362; RR = 0,70; IC 95%: entre 0,57 y 0,87; NNT = 7; IC 95%: entre 5 y 17)[8].

Las personas que reciben TAC tienen menos probabilidades de estar desempleadas al final del estudio que las que reciben TE comunitario (n = 604; RR = 0,86; IC 95%: entre 0,80 y 0,91; NNT = 8; IC 95%: entre 6 y 13)[8].

Síntomas y calidad de vida

RS (1–) Las personas que reciben TAC mejoran su estado mental más que las que reciben cuidado comunitario estándar, pero la diferencia es pequeña en términos de significación clínica (BPRS/*Brief Symptom Inventory/Colorado Symptom Index*: n = 255; DMS = -0,16, IC 95%: entre -0,41 y -0,08)[8].

Las personas "sin hogar" que reciben TAC tienen probabilidades de experimentar mejoras clínicamente significativas en la calidad de vida, comparadas con las que reciben TE (*General Wellbeing in Quality of Life Scale*: n = 125; DMP = -0,52; IC 95%: entre -0,99 y -0,05)[8].

5.3.4. Intensive Case Management (ICM)

ICM vs. Case management estándar (CM)

El ICM se asocia a un incremento de contacto con los servicios, comparado con el proporcionado con el CM estándar (número de pérdidas en seguimiento a 2 años: n = 1060; RR = 0,54; IC 95%: entre 0,39 y 0,74)[8].

RS (1+) No existe diferencia significativa entre ICM y CM estándar en términos de número de participantes que pierden contacto con su encargada de caso (n = 780; RR = 1,27; IC 95%: entre 0,85 y 1,90)[8], ni tampoco en términos de tasas de reingresos (n = 747; RR = 0,95, IC 95%: entre 0,85 y 1,05)[8].

RS (1–) Tampoco hay suficiente evidencia en términos de adherencia al tratamiento farmacológico (n = 68; RR = 1,32, IC 95%: entre 0,46 y 3,75)[8].

RS (1+) Respecto al estado mental no se han encontrado diferencias entre ICM y CM estándar en relación al estado mental (BPRS/CPRS *endpoint score*: n = 823; DMS = 0,02; IC 95%: entre -0,12 y 0,16)[8] ni al funcionamiento social (*Disability Assessment Schedule/Life Skills Profile*: n = 641; DMS = -0,08; IC 95%: entre -0,24 y 0,07)[8].

RS (1+) ICM funciona 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 (p=0.001) no produciéndose efecto cuando el uso de cuidados hospitalarios es bajo[207].

Respecto a los equipos de ICM organizados de acuerdo al modelo de TAC tuvieron más probabilidades de reducir el uso de cuidados hospitalarios (p=0.029), pero este hallazgo no se encontró al analizar los niveles de personal recomendados para TAC[207].

5.3.5. Hospitales de día no agudos

No hay diferencias entre los hospitales de día no agudos y el tratamiento ambulatorio para personas con TMG en cuanto al número de pérdidas de seguimiento (a 18 meses: n = 80; RR = 1,75; IC 95%: entre 0,56 y 5,51)[8], tasas de ingresos (a 12 meses: n = 162; RR = 0,86; IC 95%: entre 0,61 y 1,23; a 24 meses: n = 162; RR = 0,82; IC 95%: entre 0,64 y 1,05)[8], y estado mental (*Symptom Check List*–90: n = 30; DMP = 0,31; IC 95%: entre -0,20 y 0,82)[8]. RS (1+)

Tampoco existe evidencia suficiente que pueda determinar si hay alguna diferencia entre los hospitales de día no agudos y el tratamiento ambulatorio para personas con TMG en cuanto a funcionamiento social (*Community Adaptation Scale*: n = 30; DMP = -0,03; IC 95%: entre -0,30 y 0,24)[8].

5.3.6. Case Management (CM)

Case Management* vs. *Tratamiento Estándar (TE)

Las personas incluidas en *Case Management* tenían mayor probabilidad de permanecer en contacto con los servicios, en comparación con las recibían TE (n = 1210; odds-ratio de Peto = 0,70; IC 99%: entre 0,50 y 0,98)[205]. RS (1+)

No hay diferencias en cuanto a mortalidad en los pacientes entre ambas intervenciones (n = 1.341; odds-ratio de Peto = 1,29; IC 99%: entre 0,55 y 3,00)[205].

Las personas que estaban en el grupo de CM tenían aproximadamente dos veces más probabilidades de ingresar en un hospital psiquiátrico (n = 1300; odds-ratio de Peto =1,84; IC 99%: entre 1,33 y 2,57) que los pacientes que recibían TE[205].

Respecto al encarcelamiento, el CM no tuvo ningún efecto claro (n= 757; odds-ratio de Peto = 0,90; IC 99%: entre 0,36 y 2,28)[205], pero si parece ser más favorable para mejorar el cumplimiento de la medicación (N = 71; odds-ratio de Peto = 0,25; IC 99%: entre 0,06 y 0,97)[205].

No hubo ninguna diferencia entre CM y TE en la mejoría del estado mental (n= 126; DME = 0,461; IC 99% entre -4,9 y 5,9)[205], el funcionamiento social (DME = -0,097; IC 99% CL -0,47 -0,27; N = 197) ni la calidad de vida (N =135; DME = 0,096; IC 99%: entre -0,35 y 0,54)[205].

Resumen de la evidencia

	No se han encontraron ensayos clínicos aleatorios que evalúen la eficacia de los centros de día y/o centros de rehabilitación psicosocial[206].
1-	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre CSMC y TE en la reducción de los ingresos hospitalarios, ni en la perdida de contacto en la población atendida en el CSMC[8,204].
1-	No hay diferencias entre CSMC y TE en relación a las ratios de fallecimiento[204].
1-	Tampoco parece haber diferencias entre CSMC y TE respecto a la evolución del estado mental en la población atendida en CSMC[202].
1-	No está claro que el CSMC se asocie a una mejora en relación al funcionamiento social cuando se compara con el TE[8]. Sin embargo, si que parece haber un menor número de personas insatisfechas en el grupo de CSMC que el TE[204].
1++	El TAC en personas con TMG, comparado con TE, está asociado a una mayor probabilidad de permanecer en contacto con los servicios, y reducir los ingresos hospitalarios[8].
1-	El TAC disminuye las probabilidades de ingreso hospitalario comparado con la rehabilitación basada en el hospital[8].
1++	El TAC disminuye el uso de camas, desciende el riesgo de convertirse en "sin hogar", más probabilidad de vivir independiente, un descenso del riesgo de estar desempleado y una mejora del estado mental[8]
1-	El TAC está asociado a un incremento de satisfacción con los servicios[8]
1-	Las personas "sin hogar" que reciben TAC tienen probabilidades de experimentar mejoras clínicamente significativas en calidad de vida[8].
1+	El ICM se asocia a un incremento de contacto con los servicios cuando se compara con el CM[8].
1+	No hay diferencias entre el ICM y *Case Management,* en relación a las perdidas de contacto con su encargada/o de caso[8]
1+	Cuando se compara el ICM con el *Case Management,* no hay evidencia que indique que se produce una mejora en las tasas de reingreso, el estado mental o el funcionamiento social en personas con TMG[8].
1-	No hay evidencia que indique que el ICM, en personas con TMG, comparado con *Case Management* mejore la adherencia al tratamiento[8].
1+	ICM funciona 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[207].
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[207].
1+	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[8].

1+	Las personas que reciben *Case Management* tienen más probabilidades de permanecer en contacto con los servicios y mejorar el cumplimiento de la medicación[205].
1+	No hay diferencias en cuanto al funcionamiento social, mejoría del estado mental, calidad de vida, encarcelamiento entre CM y TE en personas con TMG[205].

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.).

5.4. Intervenciones con subpoblaciones específicas

5.4.1. 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 social[52].

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 handicap de la toxicomanía activa; o, por el contrario, rechazo en unidades de deshabituación 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 esta pregunta no se han diferenciado los estudios dirigidos a grupos diagnósticos que puedan tener características diferenciales a priori (por ejemplo, trastorno bipolar). Para ese subgrupo de TMG se han encontrado ECA incluidos en revisiones seleccionadas como Weiss *et al.*[209] y Schmitz *et al.*[210], cuyos datos han sido tratados globalmente.

La revisión de la evidencia desestimó estudiar la utilización de otras técnicas psicosociales que pueden recibir puntualmente los pacientes con TMG con diagnóstico dual, tales como terapias cognitivo-conductuales, entrenamiento en habilidades sociales o entrevista motivacional, cuya eficacia será evaluada en otros apartados.

Pregunta para responder

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

Cleary *et al.*[52] desarrollaron una RS que incluía 25 ECA en donde se valora el efecto de las intervenciones psicosociales en la reducción de consumo de sustancias en pacientes con TMG.

Así mismo, Morse *et al.*[211]realizaron un ECA (n = 149) con un seguimiento de 24 meses de personas con TMG y abuso de sustancias, y además "sin hogar". Se les aleatorizó o a un programa de TAC integrado, o de TAC estándar o a tratamiento estándar. Este estudio tiene importante riesgo de sesgo ya que no especifica las pérdidas en los grupos.

Finalmente, en el ECA de Cheng *et al.*[212] (n = 460 y con un seguimiento de 3 años), se evaluó 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 porcentaje de diagnósticos psiquiátricos de abuso de sustancia de la muestra).

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 en nuestro medio equipos/programas de tratamiento asertivo comunitario integrados para patología dual; aunque sí existen equipos de tratamiento integrado.

En nuestro medio existen escasos dispositivos con programas de tratamiento integrado para pacientes duales y ponerlos en marcha de manera sistemática y generalizada supondría un aumento de recursos, cuando en muchos ámbitos hay redes paralelas con programas que ya están funcionando.

El factor motivación es importante en estos estudios y se observan diferencias en cuanto al momento de la intervención. Hay autores que sugieren que se podría reducir la heterogeneidad estudiando intervenciones y resultados en relación a etapas específicas de tratamiento (desarrollo de habilidades y apoyos tanto para el manejo como para la prevención de recaídas)[213].

Personas con TMG y abuso de sustancias

No se hallaron 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 eran desarrolladas por diferentes equipos) en cuanto al uso de sustancias (n = 85; 1 ECA; RR = 0,89; IC 95%: entre 0,6 y 1,3)[52].

En relación al abandono del tratamiento, se observa también que tampoco se han encontrado diferencias entre el tratamiento a largo plazo (36 meses) integrado y el tratamiento estándar (n = 603; 3 ECA; RR = 1,09; IC 95%: entre 0,8 y 1,5)[52] y lo mismo ocurre en relación al número de rehospitalizaciones (n = 198; 2 ECA; RR = 0,88; IC 95%: entre 0,6 y 1,2)[52].

ECA (1-) Respecto al tratamiento asertivo comunitario (TAC) integrado y el TAC estándar, no se observan resultados significativos a favor de alguna de las intervenciones en cuanto a satisfacción a los 24 meses, aunque sí entre ambas intervenciones al compararlo con el tratamiento estándar (p =0,03)[211]. Tampoco se han hallado diferencias en relación a la estabilidad de alojamiento a los 24 meses aunque sí entre ambas intervenciones al compararlo con el tratamiento estándar (p = 0,03)[211].

ECA (1-) Hay indicios que indican que el abordaje integrado de servicios clínicos y alojamiento con apoyo es más favorable que el tratamiento estándar, en pacientes "sin hogar" con diagnóstico de TMG y/o abuso de sustancias, en resultados del consumo de sustancias a los 36 meses, utilizando un sistema de imputación múltiple para el manejo de los datos perdidos (uso de alcohol p = 0,047; intoxicaciones p = 0,053; días de consumo p = 0,028; gasto en alcohol y tóxicos p = 0,048)[212].

También parece más favorable el abordaje integrado de servicios clínicos y alojamiento con apoyo, comparado con *case management* y con tratamiento estándar, en pacientes "sin hogar" con diagnóstico de TMG y/o abuso de sustancias, en un menor tiempo de estancia en instituciones (p < 0,05)[212].

Resumen de la evidencia

1+	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) en cuanto al uso de sustancias[52].
1+	No hay diferencias entre el tratamiento a largo plazo (36 meses) integrado y el tratamiento estándar en relación al abandono del tratamiento y rehospitalizaciones[52].
1-	No hay diferencias entre el tratamiento asertivo comunitario (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[211]
1-	El abordaje integrado de servicios clínicos y alojamiento con apoyo mejora el consumo de sustancias cuando se compara con el tratamiento estándar, en pacientes sin hogar con diagnóstico de TMG y/o abuso de sustancias, a los 36 meses[212].
1-	Parece más favorable el abordaje integrado de servicios clínicos y alojamiento con apoyo, comparado con CM y con tratamiento estándar, en pacientes "sin hogar" con diagnóstico de TMG y/o abuso de sustancias, respecto a un menor tiempo de estancia en las instituciones[212]

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.

5.4.2. 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 inadecuadas[214].

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%, con una media de 11%. 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 más frecuente en personas sin hogar que en población con alojamiento estable[215]. En esta revisión se incluyen datos de un estudio español en el se ofrecen cifras situadas en el rango más bajo[216]. Una revisión más reciente[217] 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 tratamiento[214].

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 requeridos[147]. 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 tóxicos[218].

La atención clínica para el subgrupo de pacientes "sin hogar" puede ser estructurada en tres tipos de programas e intervenciones que se solapan[219]:

- 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 tratamiento asertivo comunitario 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 pacientes[218].

Pregunta para responder

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

En el ECA de McHugo *et al.*[147] (n = 121) se analizan 2 programas comunitarios de ICM (*Intensive Case Management*) que se diferencian en el enfoque de la intervención del alojamiento (integrados *vs*. paralelos).

En el estudio de Tsemberis *et al.* [220] (n = 225) se asigna la muestra a estudiar o al grupo de continuidad de cuidados (alojamiento y atención clínica siguiendo modelo *continuum*) o al alojamiento sin condicionantes clínicos (modelo *housing first*).

La revisión sistemática de Coldwell y Bender[221], en la que se evalúan 6 ECA y 4 estudios observacionales (940 y 4854 pacientes, respectivamente), se compara el TAC frente a *Case Management* estándar o tratamiento estándar en personas "sin hogar".

Nelson *et al.*[222] realiza otra RS de 16 evaluaciones de estudios controlados sobre alojamiento y soporte para personas que han sido *homeless*. En este estudio se compara TAC, *Case Management* y alojamiento con apoyo entre sí. No aporta ningún dato sobre la magnitud del efecto.

Caplan *et al.*[223] (n = 112) aleatoriza la muestra (todos reciben ICM), y la asigna o 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.

Existen varios problemas para la generalización y aplicabilidad de los resultados de estos estudios, que han sido realizados en ámbito anglosajón:

- La variabilidad en la prevalencia de trastornos psicóticos en la población sin hogar, ya expresada.
- Las diferencias en soporte social y sanitario entre los distintos ámbitos donde se realizan, con mayor grado de protección en ámbito europeo.
- Derivado de la anterior, el problema de la población sin hogar ha determinado la necesidad de crear equipos específicos para su atención en determinados con-

textos; esto puede crear diferencias en cuanto a la intervención comparadora y la generalización de los resultados a medios como el nuestro, en el que no es tan habitual la existencia de estos recursos.

- Una buena parte de los estudios se centran en la mayor eficacia del TAC frente al CM. En nuestro medio existen unos pocos equipos de TAC diseminados en determinadas comunidades autónomas, frente a la ausencia de equipos centrados en el modelo tradicional de CM (*broker*), debido en buena parte, de nuevo, a los distintos sistemas de apoyo social y sanitario.
- En lo referente a los sistemas de provisión de viviendas, el modelo predominante en nuestro medio se asemeja al de *housing + supporting* (pisos asistidos), mientras que el modelo de alojamiento en paralelo a la asistencia clínica es difícil de encontrar al no existir agencias que proporcionen alojamiento individual o grupal accesible económicamente para personas con TMG.

Como existen diferencias entre el entorno social y el soporte de las personas sin hogar en nuestro medio y el de los países en los que se han realizado los estudios, también existirán diferencias en la necesidad de desarrollar y/o adecuar recursos para ellos. Por lo tanto, la relevancia de la intervención para el sistema sanitario y social español va ligada a la prevalencia de TMG sin hogar, posiblemente no tan elevada como la de los países anglosajones. No obstante, existe beneficio derivado de la aplicación de los programas en un colectivo para el que la única alternativa es el tratamiento convencional. Los recursos precisos para poner en marcha programas de atención y alojamiento integrado de las personas sin hogar son múltiples e implican la puesta en marcha de equipos de tratamiento asertivo comunitario, solo disponibles actualmente en algunos sectores sanitarios de algunas comunidades autónomas.

Personas con TMG y "sin hogar"

Los pacientes que están en un sistema de alojamiento integrado (alojamiento + servicios clínicos) pasan menos tiempo sin hogar ($p < 0{,}01$), más tiempo en residencia estable ($p < 0{,}01$), en apartamento propio ($p < 0{,}01$), presentan menos severidad de síntomas psiquiátricos ($p < 0{,}05$) y muestran mayor satisfacción general de vida ($p < 0{,}05$) que los participantes en el programa paralelo[147]. ECA (1++)

Los pacientes que acceden a 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 ($p < 0{,}001$), aunque no existieron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a síntomas psiquiátricos y su evolución temporal ($p = 0{,}85$)[220]. ECA (1+)

Estabilidad de alojamiento

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) reduce el estado de "sin hogar" en un 37% ($p = 0{,}0001$) en comparación con el *Case Management* estándar[221]. RS (1++)

RS (1–) Los mejores resultados en estabilidad de alojamiento lo obtienen los programas que incluyen alojamiento y apoyo (ES = 0,67), seguido del TAC (ES = 0,47).[222]

Hospitalización

RS (1++) El tratamiento asertivo comunitario no reduce la hospitalización cuando se compara con *Case Management* estándar en la población "sin hogar" (reducción de un 10%) (p = 0,24)"[221].

Sintomatología y cognición

RS (1++) En personas con TMG sin hogar, el tratamiento asertivo comunitario reduce los síntomas psiquiátricos, en comparación con el *Case Management* estándar (p=0,006)[221].

ECA (1-) Vivir en grupo mejora las funciones ejecutivas (medidas en función de perseveraciones en el WCST), especialmente en pacientes sin abuso de sustancias, mostrándose interacción entre tipo de alojamiento, evolución en el tiempo y abuso o no de sustancias (p<0.01)[223].

Resumen de la evidencia

1++	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[147].
1+	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[220].
1++	El TAC reduce el estado de "sin hogar" en un 37%, en comparación con CM[221].
1-	Los mejores resultados en estabilidad de alojamiento los obtienen los programas que incluyen alojamiento y apoyo, seguido del TAC[222].
1++	El TAC, cuando se compara con *Case Management* estándar en la población "sin hogar", no reduce la hospitalización[221].
1++	En personas con TMG y sin hogar, el TAC reduce los síntomas psiquiátricos cuando se compara con el *Case management* estándar[221].
1-	Vivir en grupo mejora las funciones ejecutivas, especialmente en pacientes sin abuso de sustancias[223].

Recomendaciones

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

5.4.3. 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)[224], 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 puedan ser ineficaces debido a los déficit cognitivos y las limitaciones verbales[225].

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 (trastorno esquizofrénico 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 mental[226] 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?

Para poder responder a esta pregunta se ha incluido el ECA de Martín *et al.*[227], 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.

Debido a la poca evidencia encontrada, que además pudiera responder a esta pregunta, se ha optado por incluir una serie de casos de Haddock[228] (n = 5) en donde las personas que se describen, padecen RM leve y esquizofrenia (están en tratamiento con antipsicóticos), y trastornos sensoperceptivos crónicos y resistentes. En la serie de casos se describe

la viabilidad de la terapia cognitivo-conductual adaptada a esta población, incluyendo 2 casos en los que se integró intervención familiar.

Se ha encontrado escaso volumen y calidad de evidencia, en número de estudios y en tipos de intervenciones a comparar. Asumiendo que la sintomatología productiva en personas con diagnóstico de TMG con nivel intelectual bajo (RM leve) puede ser disruptiva, de carácter crónico y resistente al tratamiento, la aplicación de intervenciones psicosociales efectivas puede aportar claros beneficios, especialmente cuando la variable de nivel intelectual bajo es a menudo criterio de exclusión a la hora de crear programas, servicios y estudios. En nuestro medio y en la actualidad, no se dan las condiciones básicas para poder aplicar técnicas cognitivas-conductuales y programas asertivos a la población TMG con nivel intelectual bajo.

ECA (1+) No se hallaron diferencias entre el TAC y el tratamiento estándar. Si que se han observado resultados favorables en ambos tratamientos en cuanto a cubrir necesidades, y mejorar la carga de cuidados y el nivel de funcionamiento de esta población. Respecto de la calidad de vida, incluso los resultados fueron favorables para el tratamiento estándar, comparado con el TAC (diferencia ajustada de medias estándar *vs.* TAC -5,27 IC95%: entre -9,7 y -0,82; p = 0,023)[227].

Serie de casos (3) 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 antipsicotico[228].

Resumen de la evidencia

1+	El TAC y el tratamiento estándar mejoran la carga de cuidados y niveles de funcionamiento en las personas con TMG y nivel intelectual bajo[227].
1+	Los resultados parecen ser más favorables en el tratamiento estándar, comparado con el TAC, respecto de la calidad de vida[227].
3	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 antipsicotico[228].

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.

6. Difusión e implementación

Las guías de práctica clínica intentan ser una ayuda para que los profesionales y usuarios tomen decisiones sobre la asistencia sanitaria más apropiada. Su realización supone la inversión de esfuerzo y recursos que a veces no son adecuadamente aprovechados, por no ser suficientemente utilizadas por los profesionales sanitarios o por no suponer una mejora de la calidad asistencial o de los resultados en salud de la población a la que se dirige.

Para mejorar la implementación de una GPC, es decir, su introducción en un entorno clínico, es conveniente diseñar una serie de estrategias destinadas a vencer las posibles barreras frente a su adopción[5].

El plan para implantar la presente GPC sobre las intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave incluye las siguientes intervenciones:

- Presentación de la GPC por parte de las autoridades sanitarias a los medios de comunicación.
- Colaboración con las sociedades científicas, que han participado en la elaboración de esta GPC, para la revisión y difusión de la misma.
- Envío de la GPC a diferentes bases de datos que recopilan GPC, para su valoración e inclusión en las mismas.
- Contacto con la Federación Española de Asociaciones de Familiares con Enfermedad Mental y otras asociaciones de personas interesadas para presentarles la guía.
- Libre acceso a las distintas versiones de esta GPC en la web de GuíaSalud (http://www.guiasalud.es).
- Difusión de información sobre la GPC en actividades científicas (congresos, jornadas, reuniones) relacionados con la psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional…
- Envío postal de un tríptico informativo sobre la GPC a colegios profesionales, administraciones sanitarias, centros asistenciales, asociaciones locales de profesionales sanitarios, etc.
- Información sobre la GPC en revistas y diarios médicos de las especialidades implicadas.
- Difusión de la existencia y los objetivos de GPC guía por medio de listas de distribución para profesionales potencialmente interesados en la misma.

7. Recomendaciones de investigación futura

En este capítulo se recogen las propuestas de investigación futura que se proponen en los distintos apartados de la guía.

5.1.1-Terapia cognitivo-conductual

Sería necesario el realizar estudios en los que se analice en qué medida los efectos de la TCC en personas con TMG se mantienen tras el tratamiento y si son necesarias sesiones de recuerdo.

Se requieren más estudios que evalúen las características de la población en las que la TCC son más efectivas (personas con sintomatología persistente positiva y resistente a psicofármacos) y las características de la intervención que la hacen más efectiva en cuanto a duración y número de sesiones.

Se deben efectuar estudios de calidad que midan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en distintas subpoblaciones y su generalización a otras áreas de funcionamiento.

Se debe evaluar mediante estudios de investigación la utilidad del uso de la entrevista motivacional en personas con TMG y sus indicaciones respecto a situaciones clínicas específicas (trastorno dual, falta de conciencia de la enfermedad, colaboración o adherencia al tratamiento).

5.1.2-Psicoterapia psicodinámica y abordaje psicoanalítico

Es necesario el desarrollar estudios que analicen la efectividad de terapias psicodinámicas y abordaje psicoanalítico en personas con TMG con diseños que se adecuen a las particularidades de su epistemología, a lo singular de cada sujeto y al contexto español y europeo.

5.1.5-Intervenciones familiares

La intervención familiar es un componente importante en el tratamiento de las personas con TMG, por ello es necesario el contar con estudios bien diseñados que investiguen cuales son los componentes de la intervención familiar que se asocian a la estabilidad y a la mejora en el funcionamiento psicosocial de manera prolongada.

Se debe examinar si la efectividad de los programas integrados o combinados, que incluyan el trabajo con la familia de las personas con TMG, está mediada por la mayor adherencia / cumplimentación del tratamiento o es independiente de éste.

Ante la escasez de estudios relacionados con la intervención familiar en población con TMG y trastorno bipolar, es necesario el realizar estudios de investigación de calidad que incluyan esta población.

5.1.7-Rehabilitación cognitiva

Sería útil el investigar que variables moderadoras y mediadoras hacen más efectivas las intervenciones de rehabilitación cognitiva en personas con TMG y deterioro cognitivo.

Hay que realizar estudios para indicar en qué áreas es más efectiva la rehabilitación cognitiva (funcionamiento psicosocial, empleabilidad, rendimiento cognitivo, reducción de síntomas).

5.1.8-Otras psicoterapias

Es necesario el conocer la efectividad de la dramaterapia, terapia de distracción e hipnosis mediante estudios de investigación de calidad, y desarrollados en el ámbito nacional y europeo.

5.2.3-Programas dirigidos al ocio y tiempo libre

Sería conveniente realizar investigación de calidad en nuestro ámbito para poder establecer la efectividad y eficacia de la rehabilitación a través del ocio y tiempo libre, de los programas residenciales y de habilidades para la vida diaria.

5.2.4-Programas dirigidos al empleo

Hacen falta estudios que evalúen la empleabilidad de las personas con TMG, para mejorar la eficiencia de los programas de empleo.

Es necesario investigar sobre la influencia de los factores ambientales en los programas de empleo dirigidos a personas con TMG, y sobre la manera de adaptarlos a la realidad socioeconómica y cultural local, y a las políticas de empleo.

5.2.5-Otras intervenciones terapéuticas

Hay que desarrollar estudios que determinen la eficacia y la aplicabilidad de la arteterapia y musicoterapia en personas con TMG para conocer qué aspectos hay que abordar en la intervención, cómo se deben estructurar las sesiones y el número mínimo de sesiones necesario para poder ser efectivas.

5.3-Intervenciones de nivel de servicios

Sería recomendable el diseñar estudios de alta calidad que comparen las distintas posibilidades de intervención en cuanto a configuraciones de servicios existentes en nuestro medio (CSMC, centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, unidades hospitalarias de rehabilitación, equipos de TAC etc.) y a los componentes que los puedan hacer más efectivos incluyendo su impacto en áreas como calidad de vida, satisfacción de la persona, integración en las redes sociales etc.

En relación a la población con TMG que se encuentra en las unidades de larga estancia, los hospitales psiquiátricos y que –al menos en nuestro medio– aun se encuentran en un proceso de desinstitucionalización, sería conveniente el realizar estudios de investigación que puedan indicar que intervenciones psicosociales son efectivas como alternativas a los centros hospitalarios.

Hay que desarrollar investigaciones en aquellas personas con TMG que no esté indicado el TAC, para averiguar cual es el programa integrado alternativo que muestra mayor efectividad para el mantenimiento en la comunidad de estas personas y mejorar el funcionamiento social a largo plazo.

5.4.1-TMG con diagnóstico dual

Sería conveniente realizar estudios que incluyan como población a personas con TMG y patología dual, para medir la eficacia de distintas intervenciones psicosociales en función del estadio de motivación y respecto al abandono de programas o disminución del consumo.

Anexos

Anexo 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN[6]

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 sesgos.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación

A	Al menos un 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 obtenida de los grupos de trabajo con familiares y personas con TMG

Resumen de la información obtenida mediante dos entrevistas grupales desarrolladas a personas afectadas por enfermedades mentales, y a familiares de este tipo de personas. El objeto de dichas entrevistas fue identificar problemas y necesidades tanto de las personas con enfermedad mental como de sus familiares. Los participantes fueron contactados a través de distintas asociaciones de familiares y/o pacientes con enfermedad mental de Aragón.

Grupo de pacientes:

Participaron 9 personas (4 hombres y 5 mujeres) que cumplían los criterios de trastorno mental grave, representantes de diferentes grupos etarios.

Grupo de familiares:

Participaron 10 padres, madres o hermanos/as de enfermos mentales (4 hombres y 6 mujeres).

Tabla 1. Información obtenida de los grupos de trabajo de familiares y usuarios

	Relacionadas con la institución y sus intervenciones		**Relacionadas con el entorno social**	
	PROBLEMAS	**NECESIDADES**	**PROBLEMAS**	**NECESIDADES**
Familiares	• No hay suficientes residencias para los jóvenes con problemas mentales. • Limitados recursos en zonas rurales. • Vacío legal en los ingresos hospitalarios involuntarios. • Incapacidad legal (discapacidad).	• Falta de Información para los familiares. • Participar en contextos normalizados, como las actividades laborarles. • Entornos laborales adaptados (horarios, etc.). • Intervención domiciliaria en crisis por profesionales sanitarios. Solamente la presencia policial en estas intervenciones hace aumentar el estigma.	• Rechazo social y aislamiento. • Negación de enfermedad por algunos miembros de la familia. • Perdida del rol (familiar, social, etc.) dentro de la familia.	• Participar en contextos normalizados de ocio y tiempo libre.
Personas con enfermedad mental	• Tratamientos e ingresos involuntarios.	• Información al usuario. • Pisos de acogida con 24 horas de supervisión. • Trabajo (remunerado y no remunerado). • Más centros de día. • Mayor y mejor acceso a distintos tipos de terapias.	• El estigma de la enfermedad. • Exclusión social y familiar.	

Anexo 3. Plantilla para la elaboración de recomendaciones mediante evaluación formal o juicio razonado.

Pregunta:	
Volumen de evidencia. Comentar la cantidad de evidencia disponible y su calidad metodológica.	
Aplicabilidad y generalización. Comentar hasta qué punto las pruebas encontradas son aplicables en el Sistema Nacional de Salud y en qué medida los resultados de los estudios obtenidos son generalizables a la población diana de la GPC.	
Consistencia. Comentar si ha habido resultados discordantes entre los diferentes estudios y, de ser así, las razones por las que el grupo de trabajo se ha decidido por una opción u otra.	
Relevancia - Impacto clínico. Señalar el impacto que podría tener la intervención en nuestro medio, atendiendo al tamaño de la población, magnitud del efecto, beneficio relativo frente a otras opciones, recursos que se verían implicados, y balance entre riesgo y beneficio.	
Otros factores. Señalar en este espacio aspectos que se han podido tener en cuenta al evaluar la evidencia disponible.	
Clasificación de la evidencia. Resumir la evidencia disponible con relación a la pregunta a la que se quiere dar respuesta. Indicar el nivel de evidencia asignado.	**Nivel de evidencia**
RECOMENDACIÓN. Recoger la recomendación que el grupo de trabajo entiende que se deriva de la evidencia evaluada. Indicar grado de recomendación. Apuntar las discrepancias, si las hubiere, en la formulación de la recomendación.	

Anexo 4. 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 encuentran 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 diagnostico, la persistencia del trastorno en el tiempo y que exista discapacidad.

3. Porqué 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/prevención 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 oirá a la persona afectada por la decisión, al

Ministerio 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 sobrevenidas 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 es de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (Decreto 13/ 2004 de 27 de febrero).

5. Recursos y dispositivos terapéuticos

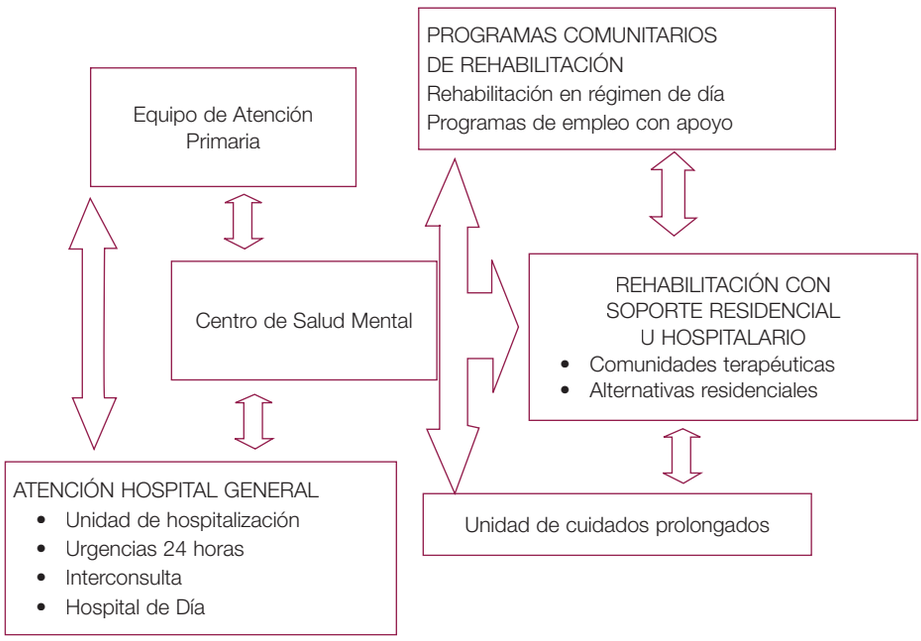
Tal como recomienda el Plan estratégico de Salud Mental 2006, todos los ciudadanos que lo precisen deben de tener acceso a un programa de rehabilitación, debiendo tener a su disposición en su territorio (Zona Básica de Salud, Sector Sanitario o Comunidad Autónoma) los siguientes dispositivos:

- 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 que 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 básica 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 prestaciones 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 condición 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 especifica

- 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, comar-

cas, 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, pág. 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 desinstitucionalización 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 resul-

tado 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 organización 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
Agrupa a 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, 3, 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.socidrogalcohol.org/
Avda Vallcarca, 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 (SEPYPNA)
http://www.sepypna.com
sepypna@sepypna.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 web

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 5. Abreviaturas

AEN	Asociación española de neuropsiquiatría
AHCPR	*Agency for health care policy and research*
AHRQ	*Healthcare research and quality*
APA	*American psychiatric association*
AVD	Actividades de la vida diaria
CAT	*Cognitive adaptation training*
BPRS	*Brief psychiatric rating scale*
CDR	*Centre for review and dissemination*
CET	*Cognitive enhancement therapy*
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CPA	*Care program approach*
CM	*Case management*
CPRS	*Comprehesive psychopathological rating scale*
CRT	*Cognitive remedation therapy*
CSMC	Centro de salud mental comunitario
CSQ	*Client satisfaction questionnaire*
DAS	*Disablement assessment schedule*
DME	Desviación de media estandarizada
DMP	Desviación de media ponderada
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
ECA	Ensayo clínico aleatorio
EEAG	Escala de evaluación de actividad global
EP	Empleo protegido
EP-IPS	Empleo protegido y apoyo individual
EPV	Entrenamiento prevocacional
ES	*Effect Size* (tamaño del efecto)
EST	*Terapia de apoyo enriquecida*
ESw	*Effect size weighted*
FCO	Tratamiento farmacológico
G.I.N	*Guidelines international network*
GAF	*Global assesment functionning*
GAS	*Global assessment scale*
GPC	Guía de práctica clínica
HHSS	Habilidades sociales
IC	Intervalo de confianza
IC 95%	Intervalo de confianza al 95%
ICM	*Intensive case management*
IPS	*Individual placement and support*
IPSRT	Terapia interpersonal y de ritmo Social
IPT	*Integrated psychological therapy*
MHSC	*Menninger health sickness scale*
MSANS	*Modified scale for the assessment of negative symptoms*
NEAR	*Neuropsychological educational approach to rehabilitation)*

NET	*Neurocognitive enhancement therapy*
NICE	*National institute for health and clinical excellence*
NIMH	Instituto nacional de salud mental de estados unidos
NNT	Número necesario a tratar
OMS	Organización mundial de la salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
OPT	*Optimal treatment project*
OR	*Odds ratio*
P	Probabilidad de que el resultado sea debido al azar
PANNS	*Positive and negative syndrome scale*
Perc Qol	*Lancashire quality of life profile*
PF	Psicoeducación familiar
PORT	*Patient outcomes research team*
RM	Retraso mental
RR	Riesgo relativo
RS	Revisión sistemática
SANS	*Scale for de assessment of negatives symptoms*
SES	*Sef steem scale*
SFS	*Social functioning scale*
SDSI	*Social disability schedule for inpatients*
SIGN	*Scottish intercollegiate guidelines network*
SM	Salud mental
SNS	Sistema nacional de salud
SPG	*Skalen zur psychischen Gesundheit*
TAC	Tratamiento asertivo comunitario
TB	Trastorno bipolar
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TE	Tratamiento estándar
TMG	Trastorno mental grave
WCST	*Wisconsin card sorting test*

Anexo 6. 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 recomendaciones [5].

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.

Medidas dístales: Medidas relacionadas con circunstancias alejadas en un sentido espacio-temporal de la intervención a evaluar.

Medidas proximales: Medidas relacionadas con circunstancias inmediatas, en un sentido espacio-temporal a la intervención a evaluar.

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 GPC[5].

Tamaño del efecto (ES): es la medida de la fuerza de la relación entre dos variables. Siguiendo las recomendaciones de Cohen, los valores equivalen a: d= 0.2 efecto "pequeño", alrededor de d= 0.5 efecto "medio" y d= 0.8 en adelante efecto "grande", aunque esta interpretación depende del contexto. El tamaño del efecto ponderado (ESw) hará referencia a al control estadístico ejercido sobre la influencia de la diferencia de los tamaños muestrales.

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 7. 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, Maria José Vicente Edo, José Mª 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, Boerhringer, 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, Boheringer, Bristol-Myer, Wyeth. También ha recibido apoyo económico por participar en proyectos investigación de Lilly, Pfizer y Janssen.

Mª 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.

Mª 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.

Bibliografía

1 Parabiaghi 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 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 Nº 2006/01.

6 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2008.

7 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, 38.

8 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.

9 NICE. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. NICE Clinical Guideline,31.

10 NICE. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update) [Borrador en Internet]. London: NICE, 2008 [consultado 20 noviembre 2008]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=42139.

11 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.

12 CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.

13 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.

14 López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007;27(99):187-223.

15 Rossler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry. 2006;5(3):151-7.

16 Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. World Psychiatry. 2007;6(3):131-6.

17 Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr Serv. 2002;53(10):1272-84.

18 Salyers MP, Tsemberis S. ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. Community Ment Health J. 2007;43(6): 619-41.

19 Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. Community Ment Health J. 2003;39(2):101-14.

20 Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007;6(2):68-74.

21 Anthony WA, Nemec P. Psychiatric Rehabilitation. En: Bellack AS, editor. Schizophrenia: treatment and care. New York: Grunne & Stratton; 1984.

22 Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lile Stuart; 1962.

23 Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press; 1976.

24 D'Zurita TJ. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical interventions. New York: Springer; 1986.

25 Meichenbaum D. Cognitive behavior modification: an integrative apporach. New York: Plenum Press; 2008.

26 Labrador F. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1999

27 Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophr Bull. 1993;19(2): 317-36.

28 Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales. 6ª ed. Madrid: Siglo XXI de España; 2005.

29 Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. Schizophr Bull. 2006;32 Suppl 1:S12-23.

30 Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. Psychiatr Rehabil J. 2004;27(4): 375-91.

31 Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am J Psychiatry. 2001;158(2):163-75.

32 Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD000524.

33 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.

34 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.

35 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.

36 Garety P, Fowler D, Kuipers E, Freeman D, Dunn G, Bebbington P, et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: II. Predictors of outcome. Br J Psychiatry. 1997;171:420-6.

37 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.

38 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.

39 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.

40 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.

41 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.

42 Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treliving 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.

43 Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med. 2002;32(5):763-82.

44 Carpenter WT, Jr., Heinrichs DW, Hanlon TE. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia. Am J Psychiatry. 1987;144(11):1466-70.

45 Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. Br J Psychiatry. 2002;180:523-7.

46 Zimmermann G, Favrod J, Trieu 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.

47 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.

48 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.

49 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.

50 Priebe S. Social outcomes in schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl. 2007;50:S15-20.

51 Xia J, Li C. Problem solving skills for schizophrenia. Cochrane Database of Syst Rev. 2007;(2): CD006365.

52 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.

53 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.

54 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.

55 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.

56 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.

57 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.

58 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.

59 Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. J Consult Clin Psychol. 1984;52(5):873-8.

60 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.

61 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.

62 Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psychol Med. 2001;31(3):459-67.

63 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. Br J Psychiatry. 2006;188:313-20.

64 Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. Br J Psychiatry Suppl. 2002;43:S91-7.

65 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.

66 Bachmann S, Resch F, Mundt C. Psychological treatments for psychosis: history and overview. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2003;31(1):155-76.

67 Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001360.

68 May PR, Tuma AH, Dixon WJ. Schizophrenia: a follow-up study of results of treatment: I. Design and other problems. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(4):474-8.

69 Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. Schizophr Bull. 1984;10(4):564-98.

70 O'Brien CP, Hamm KB, Ray BA, Pierce JF, Luborsky L, Mintz J. Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: a controlled outcome study. Arch Gen Psychiatry. 1972;27(4): 474-8.

71 Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. JAMA. 2008;300(13):1551-65.

72 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.

73 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.

74 Buckley LA, Pettit T, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD004716.

75 Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. Schizophr Bull. 1995;21(4):645-56.

76 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.

77 Falloon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project: optimal Treatment Project Collaborators. Psychiatr Serv. 1999;50(5):615-8.

78 Barrowclough C, Tarrier 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.

79 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.

80 Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD000088.

81 Chien WT, Norman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. Int J Nurs Stud. 2004;41(6):637-49.

82 Xiong H, Xiong W, Lipeng F, Wang R. Comprehensive family treatment for schizophrenic patients: a prospective, randomized, single-blind control trial of 63 patients. Chinese Mental Health Journal. 1994;1994(2):5-201.

83 Shi Y, Zhao B, Xu D, Sen J. A comparative study of life quality in schizophrenic patients after family intervention. Chinese Mental Health Journal. 2000;14(2):135-7.

84 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.

85 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.

86 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.

87 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.

88 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.

89 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.

90 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.

91 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.

92 Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT). Seattle: Hogrefe & Huber; 1994.

93 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.

94 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.

95 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.

96 Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2003;71(3):482-92.

97 Justo LP, Soares BG, Calil HM. Family interventions for bipolar disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005167.

98 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.

99 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.

100 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.

101 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.

102 van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. J Affect Disord. 1991;21(1):15-8.

103 Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran 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.

104 Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, Torrent C, Martinez-Aran 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.

105 Goldstein MJ. Psychoeducation and relapse prevention. Int Clin Psychopharmacol. 1995;9 Suppl 5:59-69.

106 Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull. 2006;32 Suppl 1:S64-80.

107 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.

108 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.

109 Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(4):402-7.

110 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.

111 Perry A, Tarrier 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.

112 Delahunty A, Morice R. Rehabilitation of frontal/executive impairments in schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry. 1996;30(6):760-7.

113 Medalia A, Revheim N, Casey M. The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. Schizophr Bull. 2001;27(2):259-67.

114 Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(9):866-76.

115 Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ, et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2000;157(8):1317-23.

116 Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(8):763-8.

117 Sohlberg MM, Mateer CA. Effectiveness of an attention-training program. J Clin Exp Neuropsychol. 1987;9(2):117-30.

118 Silverstein SM, Menditto AA, Stuve P. Shaping attention span: an operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia. Schizophr Bull. 2001;27(2):247-57.

119 Kern RS, Green MF, Mintz J, Liberman RP. Does 'errorless learning' compensate for neurocognitive impairments in the work rehabilitation of persons with schizophrenia? Psychol Med. 2003;33(3):433-42.

120 Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. Psychopharmacology (Berl). 2003;169(3-4):376-82.

121 McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2007;164(12):1791-802.

122 Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. Psychiatr Serv. 2006;57(12):1751-7.

123 Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. Schizophr Bull. 1999;25(4):657-76.

124 Benedict RH, Harris AE. Remediation of attention deficits in chronic schizophrenic patients: a preliminary study. Br J Clin Psychol. 1989;28(Pt 2):187-8.

125 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2ª ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.

126 He Y, Li C. Morita therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1): CD006346.

127 Carr V. Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. Br J Med Psychol. 1988;61(Pt 4):339-52.

128 Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD004717.

129 Ruddy RA, Dent BK. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD005378.

130 Qu Y, Li Y, Xiao G. The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. Chinese Journal of Psychiatry. 2000;33(4):237-9.

131 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.

132 Izquierdo SA, Khan M. Hypnosis for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3): CD004160.

133 Lancaster D. Hypnotizability and the effects of hypnotic suggestions on the cognitive style, behavior patterns, and mood states of hospitalized schizophrenics [tesis doctoral]. Mississippi: University of Mississippi; 1983.

134 Wu H, Wang Z, Zhang H. Morita therapy in treatment of schizophrenia. Shanghai Archives of Psychiatry. 1999;11(12):84-7.

135 Tang W, Wang Z. Modified morita therapy for rehabilitation of schizophrenia in comparison with rehabilitation therapy. Shangai Archives of Psychiatry. 2002;14(2):88-90.

136 Lv JJ, Chu YZ, Bai YG, Lv FQ, Lu DZ. The rehabilitative effect of Morita therapy for chronic schizophrenia. Chinese Journal Nervous and Mental Diseases. 2002;28(2):122-4.

137 Wei Q. Effect of new Morita therapy plus antipsychotic drugs in ameliorating post-schizophrenia depression. Zhongguo Linchuang Kangfu. 2005;9(32):72-5.

138 Wang X, Sun HX, Lu QZ, Ma WY, Zhang SH, An JR, et al. The application of Morita therapy in chronic schizophrenia. Health Psychology Journal. 1994;2(1):47-50.

139 Medalia A, Dorn H, Watras GD. Treating problem-solving deficits on an acute care psychiatric inpatient unit. Psychiatry Res. 2000;97(1):79-88.

140 Nitsun M, Shapleton JH, Brender MP. Movement and drama therapy with long stay schizophrenics. Br J Med Psychol. 1974;47:101-19.

141 Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000381.

142 Liberman RP, Kopelowicz A, Young AS. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. Behav Ther. 1994;25(1):89-107.

143 Liberman RP, Massel HK, Mosk MD, Wong SE. Social skills training for chronic mental patients. Hosp Community Psychiatry. 1985;36(4):396-403.

144 Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophr Bull. 1986;12(4):631-47.

145 Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry. 1998;155(8):1087-91.

146 Rog DJ. The evidence on supported housing. Psychiatr Rehabil J. 2004;27(4):334-44.

147 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.

148 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.

149 Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD000453.

150 Fakhoury WKH, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(7):301-15.

151 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.

152 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.

153 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.

154 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.

155 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.

156 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.

157 Rudnick A. Psychiatric leisure rehabilitation: conceptualization and illustration. Psychiatr Rehabil J. 2005;29(1):63-5.

158 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.

159 Campbell A, McCreadie RG. Occupational therapy is effective for chronic schizophrenic day-patients. Br J Occup Ther. 1983;46(11):327-9.

160 Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila-Fraga W, Bucardo J, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11(1): 17-23.

161 Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. Br J Psychiatry. 2003;182:467-8.

162 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.

163 Ley de Integración Social de los Minusválidos. Ley 13/1982 de 7 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 103, (30-04-1982).

164 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.

165 Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD003080.

166 Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. J Consult Clin Psychol. 2004;72(3):479-90.

167 Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(2):165-72.

168 Becker RE. An evaluation of a rehabilitation program for chronically hospitalised psychiatric patients. Soc Psychiatry. 1967;2:32-8.

169 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.

170 Beard J, Pitt MA, Fisher S, Goertzel V. Evaluating the effectiveness of a psychiatric rehabilitation program. Am J Orthopsychiatry. 1963;33:701-12.

171 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.

172 Kuldau JM, Dirks SJ. Controlled evaluation of a hospital-originated community transitional system. Arch Gen Psychiatry. 1977;34:1331-40.

173 Dincin J, Witheridge TF. Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. Hosp Community Psychiatry. 1982;33:645-50.

174 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.

175 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.

176 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.

177 Kline MN, Hoisington V. Placing the psychiatrically disabled: a look at work values. Rehabil Couns Bull. 1981;366-9.

178 Blankertz L, Robinson S. Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. Psychiatr Serv. 1996;47:1216-22.

179 Bond GR, Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. Rehabil Psychol. 1986;31:143-55.

180 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.

181 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.

182 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.

183 Gervey 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.

184 Bond GR, Dietzen LL, 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.

185 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.

186 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.

187 Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. J Ment Health. 2001;10(4):411-7.

188 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.

189 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.

190 Bond GR, Drake RE. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2008;21(4):362-9.

191 Bruscia K. Defining music therapy. 2ª ed. Barcelona: Gilsum; 1998.

192 Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD004025.

193 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.

194 Maratos A, Crawford.M. Composing ourselves: what role might music therapy have in pormoting recovery from acute schizophrenia?. London West Mental Health R&D Consortium's 9th annual Conference. 2004.

195 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.

196 Ulrich G. De toegevoegde waarde van groepsmuziektherapie bij schizofrene patiënten: een gerandomiseer onderzoek. Heerlen: Open Universiteit; 2005.

197 Edwards D. Art therapy: creative therapies in practice. London: Sage; 2004.

198 Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD003728.

199 Wood C. The history of art therapy and psychosis (1938-95). En: Killick K, Schaverien J, editors. Art psychotherapy and psychosis.London: Routledge; 1997. p. 144-75.

200 Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 29 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).

201 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.

202 Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. Lancet. 1992;339(8805):1311-4.

203 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.

204 Malone D, Newron-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.

205 Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 1998;(2):CD000050.

206 Catty JS, Bunstead Z, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1):CD001710.

207 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.

208 Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, Henderson J. International differences in home treatment for mental health problems: results of a systematic review. Br J Psychiatry. 2002;181: 375-82.

209 Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. Am J Psychiatry. 2007;164:100-7.

210 Schmitz JM, Averill P, Sayre S, McCleary P, Moeller FG, Swann A. Cognitive-behavioral tratment of bipolar disorder and substance abuse: a preliminary randomized study. Addict Disord Treat. 2002;1(1):17-24.

211 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.

212 Cheng AL, Lin H, Kasprow 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.

213 Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. J Subst Abuse Treat. 2008;34(1):123-38.

214 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.

215 Folsom D, Jeste DV. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. Acta Psychiatr Scand. 2002;105(6):404-13.

216 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.

217 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.

218 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.

219 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.

220 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.

221 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.

222 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.

223 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.

224 Wechsler D. WAIS III: test de inteligencia para adultos. manual técnico. Buenos Aires: Paidós; 2002.

225 Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. Res Dev Disabil. 1989;10(3):261-75.

226 Royal College of Psychiatrists. DC-LD: diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Gaskell; 2001.

227 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.

228 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.

ISBN 84-613-3370-5
9 788461 333707

P.V.P.: 10 €

MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL