

## VALORACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN TRASTORNO MENTAL GRAVE

JESÚS SAIZ

GRUPO 5, GESTIÓN Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Tal y como se define en el manual metodológico de implementación de guías de práctica clínicas (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) (VVAA., 2009): “*las GPC son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica*”.

Aquí se lleva a cabo una valoración de la GPC sobre *Intervenciones Psicosociales en Trastorno Mental Grave*, dedicando especial atención a aquellos aspectos que deben ser especialmente considerados para el ejercicio profesional.

### 1. Aspectos a destacar de esta guía:

En primer lugar, es de destacar la amplia revisión bibliográfica llevada a cabo por el grupo elaborador de esta GPC. Además, los autores toman en cuenta hasta 26 GPC internacionales, de las cuales seleccionan las cinco que contenían intervenciones psicosociales y de éstas, las tres que obtienen una evaluación positiva por parte de cuatro revisores independientes. Estas son las GPC

de: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo, elaboradas por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido.

Si bien es cierto que constituye una premisa plenamente extendida, los autores se hacen eco de la misma y reconocen que el abordaje terapéutico de personas con Trastorno Mental Grave (TMG), debe realizarse por equipos interdisciplinarios, desde una perspectiva integradora y siguiendo una lógica de complementariedad entre los diferentes profesionales (pp. 22, 23 y 99).

Así como se agradece la pluralidad profesional con este colectivo, también es de destacar la apertura metodológica promovida en la guía. Específicamente, los autores recomiendan también el uso de técnicas de investigación cualitati-

vas, que aunque son ampliamente utilizadas en las ciencias sociales, no lo son tanto en las ciencias sanitarias (p. 34).

Por otra parte, aunque no aparece consistentemente a lo largo de todo el texto, en ocasiones los autores mantienen una posición crítica y reconocen algunas limitaciones importantes para el estudio y la intervención psicosocial en sujetos con TMG. Concretamente, subrayan la dificultad que entraña la aplicación de modelos de intervención que aunque resulten eficaces en otros países, los medios con los que el SNS español dispone no facilitan su puesta en marcha en nuestro territorio. Además, los distintos estudios por los cuales se evalúan las intervenciones psicosociales, en ocasiones, no toman en cuenta las características individuales y tratan como homogéneos a los grupos (experimental y control), cuando en realidad no lo son. Por ejemplo, un error muy común, y correctamente recogido en la guía (p. 89), es el de comparar la eficacia de un programa de rehabilitación laboral + tratamiento estándar con el tratamiento estándar exclusivo, cuando dentro de los grupos puede haber pacientes con o sin deseos de trabajar, habilidades para el empleo muy dispares, síntomas diferentes y experiencias de vida específicas muy determinantes para el área laboral. Estas

**Jesús Saiz.** Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, Colaborador Honorífico del Departamento de Psicología Social de la misma Universidad y Psicólogo del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral. Autor de artículos de Psicología Social de la Salud Mental y ponente en diferentes congresos nacionales e internacionales.

limitaciones deberían ser tomadas en cuenta por los profesionales, tanto a la hora de conducir estudios, como a la hora de interpretar y aplicar las recomendaciones derivadas de las investigaciones publicadas.

Finalmente, también resulta muy conveniente el compromiso que mantienen los autores de actualizar esta guía cada tres años.

## 2. Aspectos a mejorar:

En el capítulo de metodología (y anexo 2), a pesar de que es de agradecer la conducción de un estudio cualitativo para contribuir a elaborar las 20 preguntas a las cuales trata de dar respuesta esta GPC, el estudio resulta sumamente pobre. Únicamente está constituido por dos grupos, uno de pacientes (n=9) y otro de familiares (n=10). Además de poseer un número de participantes muy bajo, para la composición de los grupos no fueron tomadas en cuenta variables básicas como el género, la edad, la posición socioeconómica o el diagnóstico, por lo cual resulta complicado creer que estas dos entrevistas grupales por sí solas puedan alcanzar el objetivo de “*identificar problemas y necesidades tanto de las personas con enfermedad mental como de sus familiares*” (p. 128). Los grupos de estudio no son significativos de los colectivos que pretenden representar. En este sentido, los problemas y necesidades identificados en este estudio estarán limitados a la experiencia de 19 participantes y no se prevé posible determinar la influencia de otras variables básicas como el género, la edad, la posición socioeconómica o el diagnóstico en sus discursos.

Dentro de la revisión bibliográfica llevada a cabo, se seleccionaron 113 artículos para la formulación de las

recomendaciones finales. Una vía para reunir estos artículos fue la “*búsqueda sistemática*” en diferentes Web, entidades, asociaciones y las bases de datos más relevantes en la materia (Medline, Cochrane Library, Embase y PsycINFO), estableciendo exigentes criterios para la selección de los artículos finalistas. La otra vía empleada fue la “*búsqueda manual*”, la cual no requería los mismos criterios que la anterior. De los 113 artículos seleccionados, los autores no especifican cuántos, finalmente, provienen de cada vía, lo cual podría implicar un importante sesgo hacia la literatura que el grupo de trabajo aportó, en contra de la literatura hallada en las fuentes de mayor relevancia científica. Resultaría importante que ofreciesen este dato en futuras actualizaciones.

En el capítulo que se describen las características de las GPC, los autores definen conceptos como TMG, rehabilitación psicosocial y recuperación.

Si bien es cierto que, en la literatura científica, los términos de rehabilitación psicosocial y rehabilitación psiquiátrica son frecuentemente empleados como sinónimos, sería de agradecer una reflexión crítica sobre el significado de ambos y sus diferencias. En esto la presente GPC no hace más que repetir lo dado, mencionando 38 veces al primero y 7 veces al segundo, sin ofrecer ninguna diferencia entre ambos. Desde una perspectiva histórica, la rehabilitación psiquiátrica es anterior a la psicosocial. La rehabilitación psiquiátrica acompañó al movimiento de desinstitutionalización, pero comenzó a mudar de nombre al de rehabilitación psicosocial cuando amplió sus objetivos hacia mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes y empezaron a implementarse estrategias basadas en la psicología, so-

ciología y otras ciencias sociales. Entre otros, autores como **Goffman** (1961), y posteriormente **Anthony y Liberman** (1986), tuvieron gran responsabilidad en este cambio. No obstante, sería necesario proponer el debate interdisciplinar y llegar a definiciones precisas sobre ambos conceptos.

Aunque ofrece una definición, el grupo de trabajo considera que no existe un acuerdo consistente sobre el significado del Modelo de Recuperación (p. 33) y, en cambio, expone algunas descripciones de lo que este modelo implica. No obstante, deja de mencionar el que podría ser el distintivo más importante del mismo; lo cual sería, la toma, por parte del paciente, de un papel activo en el proceso de recuperación de su enfermedad (Anthony, 1993). Esto obligaría al profesional a contar con la opinión de la persona para el diseño de su plan de tratamiento y dejar de percibirla como un sujeto pasivo sobre el cual operar.

La crítica fundamental a este modelo se basa en el argumento de que algunos pacientes con TMG pueden tener capacidades cognitivas demasiado deteriora-

das como para ofrecerles una autonomía total. Sin embargo, **Frese, Stanley, Kress y Vogel-Scibilia** (2001) proponen que la capacidad de autodeterminación es algo que el paciente debe ir desarrollando de acuerdo a su propio proceso de recuperación y que en los casos más graves será recomendable anteponer las prácticas basadas en la evidencia científica.

Por otra parte, una revisión a mayor profundidad del Modelo de Recuperación también podría invitar al psicólogo a localizar un elevado número de compatibilidades con distintas propuestas psicológicas. Por ejemplo: los conceptos de empoderamiento y autodeterminación centrales para la psicología comunitaria (Hombrados y Domínguez, 2007), el concepto de resiliencia formulado desde la psicología positiva (Vera, Carbelo y

Vecina, 2006), o la necesidad de aceptar los distintos síntomas de la enfermedad mental sin menoscabo de otras facetas de la vida, que promueve la Terapia de Aceptación y Compromiso (Luciano y Valdivia, 2006).

En el capítulo quinto, los autores sostienen que (p. 35) *“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 (...)”*. Aunque el sentido general del párrafo pueda ser positivo, este enunciado recoge un grave error, ya que menciona diferentes campos de la psicología como si no perteneciesen a la misma disciplina. De acuerdo con esto, la frase debería decir *“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, tales como el aprendizaje social, la modificación de conducta, la intervención social y los recursos humanos (...)”*.

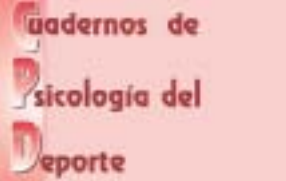
Finalmente, llama la atención que dentro del epígrafe de “otras terapias psicológicas”, los autores no mencionan ninguna de las denominadas “terapias de tercera generación”, algunas de las cuales sí disponen de ensayos controlados y revisiones sistemáticas (Tai y Turkington, 2009). Este es el caso, por ejemplo, de la Terapia de Aceptación y Compromiso, sobre la cual existen, cuando menos, cuatro ensayos controlados con pacientes con TMG, en los cuales los grupos experimentales presentaban mejores resultados en distintos indicadores como: evitar la re-

hospitalización, disminución de credibilidad de síntomas positivos y mejora en el funcionamiento social (Harvey, Luiselli y Wong, 2009; Ruiz, 2010). Aunque con un menor apoyo empírico, la terapia de *mindfulness* también parece estar aportando prometedores resultados con este colectivo (Abba, Chadwick y Stevenson, 2008; Newman, Harper y Chadwick, 2009).

A pesar de que esto es algo que se repite en la bibliografía especializada, en el epígrafe sobre “Intervenciones sociales”, los autores emplean como sinónimos los términos rehabilitación vocacional y rehabilitación laboral (p. 88), cuando esto no debería ser así. En psicología educativa existe una gran diferencia entre la orientación vocacional y la laboral (además de la orientación ocupacional), que debería trasladarse al ámbito de la rehabilitación. De esta manera, debería distinguirse que la primera implica un trabajo con los intereses, valores, rasgos de personalidad, habilidades, etc., que permitirán un buen ajuste del sujeto en el posterior ámbito laboral, mientras que la rehabilitación laboral debería comprender aquellas tareas dirigidas a facilitar la elección del sujeto de un puesto de trabajo particular y el buen desenvolvimiento en el mismo. Por ejemplo, por medio de la rehabilitación vocacional “José” se centraría en el campo de la informática, y por medio de la rehabilitación laboral “José” se incorporaría en un puesto de instalación y mantenimiento de redes informáticas en la empresa “CompuRedB”, aprendiendo además a tolerar la supervisión de su jefe, a trabajar en equipo, etc.

En el epígrafe sobre “Intervenciones de nivel de servicios” con frecuencia los autores realizan comparaciones de recursos que en la práctica, debido a la

## PUBLICIDAD



**TEMÁTICA PRINCIPAL**  
Investigaciones empíricas y aplicadas sobre Psicología del Deporte. En este sentido también se aceptan investigaciones en ciencias del deporte en general que puedan aportar conocimientos interesantes a nuestra disciplina.

**EDITA**  
Universidad de Murcia y  
Dirección General de Deportes de Murcia

**DESCRIPCIÓN DE LA PUBLICACIÓN**  
La revista Cuadernos de Psicología del Deporte (ISSN: 1578-8423) se empezó a publicar en el año 2001 (un solo número porque se editó ya comenzado el año). A partir del año 2002 se publican dos números por año (o bien un número doble al año, como ocurrió en 2004 y 2005). Desde entonces no se ha dejado de editar. CPD nace como consecuencia del acuerdo alcanzado entre la Dirección General de Deportes del Gobierno Autónomo de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia, según el cual se editará una revista de carácter científico, dirigida por la propia universidad mencionada. El objetivo de la revista es difundir investigaciones en Psicología del Deporte y Ciencias del Deporte.

**INFORMACIÓN**  
**Cuadernos de Psicología del Deporte**  
Enrique J. Garcés de Los Fayos Ruiz  
Facultad de Psicología, Universidad de Murcia  
30100 Espinardo (Murcia) - E-mail: garces@um.es  
Teléfonos: 0034-968-364116 y 0034-968-368479  
Teléfono móvil: 0034-678 61 58 65

gran diferencia que guardan, no admiten comparación. En este sentido, la pregunta que pretenden 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?” (p. 101), parece estar fuera de lugar, ya que es probable que para un paciente sea efectivo el Centro de Día, mientras que para otro sea el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) o para un tercero la efectividad resida en la justa combinación de ambos.

Por otra parte, resulta sorprendente que, aunque en la guía se considera aconsejable introducir el TAC en España, tomando en cuenta la alta evidencia científica recogida (1++), su recomendación se limite al grado B (p. 109). Sobre los equipos TAC, los autores sostienen que éstos están “sólo disponibles actualmente en algunos sectores sanitarios de algunas comunidades autónomas” (p. 115). Aunque es cierto que a nivel nacional este recurso aún no está muy extendido, se echa de menos una reflexión sobre la positiva experiencia de los Equipos de Apoyo Social Comunitarios (basados en TAC) de la Comunidad de Madrid, los cuales desde el 2007, ofrecen atención a 1.110 pacientes en toda la comunidad autónoma.

Otro dispositivo similar a los TAC y al Gestor de Casos, que no se recoge en la guía, es el Acompañamiento Terapéutico. Este recurso ha sido ampliamente desarrollado en países latinoamericanos como Brasil y Argentina, y recientemente ha llegado a España. Si bien es cierto que no parecen

existir ensayos controlados que demuestren su eficacia, los resultados clínicos recogidos en estudios de casos, lo sitúan como otro recurso a tomar en cuenta (Saiz y Chévez, 2009).

Por último, en la “Información para personas con TMG y sus familias” (p. 130), existe un importante error que los autores deberían corregir para futuras actualizaciones. En el epígrafe 7, “el estigma y el trastorno mental grave y cómo afrontarlo”, se emplea en tres ocasiones la palabra “estereotipias” cuando debería usarse la palabra “estereotipos”. La misma RAE define estereotipia como “la repetición involuntaria e intempestiva de un gesto, acción o palabra”, mientras que el estereotipo es “la imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable”. El estigma tiene mucho que ver con los estereotipos, pero poco o nada con las estereotipias.

### 3. Función del psicólogo y papel otorgado a los tratamientos psicológicos:

Dado que el objetivo de esta GPC es formular recomendaciones sobre intervenciones psicosociales, resulta confuso que de los once profesionales que conforman el grupo de trabajo sólo dos sean psicólogos. Es posible que la mayor parte de los aspectos a mejorar que se han detectado no se le hubiese pasado por alto a un grupo de trabajo con más profesionales de nuestra disciplina.

Por otra parte, tampoco se describen las funciones profesionales de los distintos integrantes del equipo interdisciplinar, que los autores recomiendan se encarguen del abordaje terapéutico de pacientes con TMG. Esto, en la práctica habitual, corre el riesgo de traducirse en un mayor poder de decisión para el médico psiquiatra, limitando de esta

manera, la participación de otros profesionales, como el psicólogo, en el diseño e implementación de intervenciones psicosociales.

### 4. Algún otro comentario de interés:

En primer lugar, tomando en cuenta que las recomendaciones de las GPC están basadas, generalmente, en meta-análisis y revisiones sistemáticas, sería conveniente señalar algunas de sus posibles limitaciones. El llamado sesgo de publicación es una gran fuente de errores, e implica que existe la tendencia de creer que los ensayos clínicos realizados son únicamente los que han sido publicados, cuando en realidad pueden haberse realizado muchos que no se han llegado a publicar, entre otras causas, porque no se registran diferencias entre los grupos control y experimental. De esta manera, los meta-análisis que incluyen sólo los resultados de ensayos clínicos publicados, pueden tender a sobreestimar el efecto del tratamiento experimental.

Otro problema común, resulta al combinar datos de múltiples ensayos controlados entre los cuales puede haber diferencias, en cuanto a criterios de diagnóstico, duración del tratamiento,

formación de los profesionales, etc. Además, dentro de los mismos estudios controlados, el hecho de que los profesionales que implementaron los tratamientos no sean lo suficientemente expertos, ya ha sido apuntado en algunas investigaciones como un factor significativo para los resultados (Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, Fannon y Landau, 2005).

Por otra parte, dado que cada vez es más patente que el éxito de los tratamientos depende, en buena medida, de la correcta combinación de los recursos e intervenciones disponibles (pp. 58, 68), sería necesario fomentar la investigación en esta dirección, siempre y cuando no se ignoren dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, las particularidades y necesidades específicas diferenciadoras de cada paciente, que requieren de un estudio individualizado previo de los casos, y en segundo lugar, profundizar y determinar con mayor precisión los elementos y componentes que facilitan la eficacia de las intervenciones. Aspectos tales como la empatía, el vínculo, la atención a la persona, etc., pueden ser decisivos en el curso de un proceso de recuperación y de rehabilitación psicosocial.

No obstante, en términos generales, esta guía representa un valioso instrumento que puede facilitar la toma de decisiones a profesionales y pacientes, de acuerdo con buena parte de la evidencia científica existente. Aunque resulte cierto que la participación del psicólogo en su elaboración no ha sido tan determinante como hubiésemos esperado, una vez mejorados los aspectos arriba señalados, sería muy provechosa su amplia difusión, tanto para profesionales, como para alumnos en formación.

## 5. Valoración general:

|                                                                                       | Muy pobre | Pobre | Regular | Bueno | Muy bueno |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|-------|-----------|
| Alcance y objetivos                                                                   |           |       |         | x     |           |
| Participación de todos los grupos implicados                                          |           |       | x       |       |           |
| Contenido                                                                             |           |       | x       |       |           |
| Rigor metodológico                                                                    |           |       |         | x     |           |
| Claridad y presentación                                                               |           |       |         | x     |           |
| Incorporación de innovaciones científicas                                             |           |       |         | x     |           |
| Grado de aplicabilidad de las recomendaciones                                         |           |       | x       |       |           |
| Consideración del punto de vista del paciente                                         |           | x     |         |       |           |
| Consideración de las necesidades psicológicas del paciente                            |           | x     |         |       |           |
| Grado de participación de profesionales de la Psicología en la elaboración de la guía |           | x     |         |       |           |
| Participación del psicólogo en la implementación de la guía                           |           | x     |         |       |           |
| Valoración Global de la GPC                                                           |           |       | x       |       |           |

## REFERENCIAS

- Abba, N., Chadwick, P. D. J. y Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 77-87.
- Anthony, W. y Liberman, R. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation*, 16, 11-23.
- Frese, F., Stanley, J., Kress, K. y Vogel-Scibilia, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468.
- Goffman, E. (1961/2001). *Internados*. Argentina: Amorrortu.
- Harvey, M., Luiselli J. y Wong, S. (2009). Application of applied behavior analysis to mental health issues. *Psychological Services*, 6, 212-222.
- Hombrados, M. y Domínguez, J. (2007). La potenciación comunitaria (empowerment). En I. Maya, M. García y F. J. Santolaya. *Estrategias de Intervención Psicosocial*. Madrid: Pirámide.
- Luciano, C. y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Newman, K., Harper, S. y Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 397-402.
- Tai, S. y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865-873.
- Ruiz, F. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Saiz, J. y Chévez, A. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervención Psicosocial*, 18, 75-88.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- VVAA. (2009). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D. y Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, 77, 201-210.