

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR ES IMPRESCINDIBLE EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

ENTREVISTA A OLGA CARRASCO
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE CRPSL (FISLEM)

Con la finalidad de ofrecer a los lectores interesados una valoración de la *Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Psicosociales en Trastorno Mental Grave (TMG)*, publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, desde la óptica de los profesionales de la Psicología que trabajan en este campo, *Infocop* ha entrevistado a **Olga Carrasco Ramírez**.

Olga Carrasco Ramírez, es psicóloga y coordinadora del Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (FISLEM), así como miembro asesor de los grupos de trabajo para la elaboración del Proceso Asistencial de Trastorno Mental Grave y Proceso Asistencial de Primeros Episodios Psicóticos, organizado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, la Fundación FISLEM y la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha.

ENTREVISTA

Infocop: ¿Qué opinión le merece la GPC sobre Intervenciones Psicosociales en Trastorno Mental Grave?

Olga Carrasco: Mi opinión sobre esta guía práctica es muy positiva. Bajo mi punto de vista, supone un manual elaborado con rigor, con un marcado carácter práctico, de claridad en los criterios expuestos y de mucho valor para dar apoyo a todos los profesionales que trabajamos en el ámbito de la atención a las personas con TMG. Proporciona, a modo de síntesis, las recomendaciones



Olga Carrasco Ramírez

principales para la intervención con este colectivo, acercando los avances en la investigación a la práctica desarrollada en nuestros entornos asistenciales cotidianos, lo que supone una oportunidad para reducir la “brecha”, en algunas ocasiones existente, entre práctica y evidencia.

En la guía se recogen las principales recomendaciones sobre la efectividad de las diferentes intervenciones psicosociales en las personas que sufren TMG. Se exponen de forma clara y práctica las intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial, las intervenciones psicológicas, las sociales, las intervenciones de nivel de servicios y las que van dirigidas a sub-poblaciones específicas.

En la actualidad existen diferentes GPC elaboradas por diferentes instituciones tanto nacionales como interna-

cionales para personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión o trastorno obsesivo compulsivo (*American Psychiatric Association, Canadian Psychiatric Association, National Institute for Clinical Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Ministerio de Sanidad y Política Social, etc.*), en las que se recogen las intervenciones psicosociales recomendadas. Un aspecto de esta GPC, que la diferencia de las anteriores, es que engloba una revisión de las intervenciones psicosociales de manera unificada o independientemente del “diagnóstico” del paciente, es decir, se centra en las necesidades de un conjunto de personas que, por su situación de discapacidad, requieren de intervenciones específicas para su recuperación y mejora del funcionamiento psicosocial y de su calidad de vida.

Otra de las fortalezas de la GPC es que el grupo elaborador está formado por diferentes profesionales de ámbitos tanto comunitarios como hospitalarios y de diferentes categorías (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, técnicos de inserción laboral, etc.). De esta forma, en la GPC se asegura la visión interdisciplinar, que además es imprescindible en el trabajo en rehabilitación de personas con TMG.

Además, otro aspecto a destacar de la GPC, es que en su elaboración se ha contado con la participación de los propios pacientes y sus familiares como expertos en la identificación de necesidades y áreas que, en su opinión, deben

abordarse. Teniendo en cuenta que el colectivo de personas con TMG está entre los más excluidos a nivel social, supone un avance importante el que incorpore la valoración de los usuarios.

Por último, me gustaría señalar que la GPC está dirigida también a personas que aún encontrándose en fases iniciales de la enfermedad, presentan “*un deterioro psicosocial*”. Esto implica un gran paso para el ámbito de la rehabilitación, puesto que pone el acento en la necesidad de acceso a los tratamientos psicosociales y rehabilitadores antes de que la sintomatología se agrave, se haga más resistente y el deterioro psicosocial sea mayor. Por tanto, se destierra la idea errónea de que las intervenciones psicosociales y el ámbito de la rehabilitación son “una indicación ligada al fracaso de intervenciones anteriores”.

I.: ¿Qué importancia tiene el abordaje psicosocial de los pacientes con trastorno mental grave? ¿En qué consiste?

O.C.: La importancia del abordaje psicosocial nace de la propia complejidad

en la conceptualización de este colectivo. En su definición tradicionalmente se engloban personas que padecen síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas de esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras) y que como consecuencia de la enfermedad padecen discapacidades de carácter severo y persistente. Estas personas requieren una atención preferente, dada la multiplicidad y gravedad de sus problemas, la existencia de intervenciones de efectividad razonable y el abordaje desde un punto de vista comunitario, en el que han de estar implicados dispositivos tanto sanitarios como sociales.

Tradicionalmente este colectivo ha estado relegado a un segundo plano, lo cual ha supuesto: estigma y prejuicio social, pesimismo acerca de las posibilidades de recuperación y de integración social, falta de evaluación de las prácticas y, en general, falta de prioridad en el desarrollo de recursos. Sin embargo, durante los diez últimos años se han producido algunos avances. En algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Asturias o

Castilla-La Mancha) se vienen desarrollando procesos asistenciales específicos dirigidos a personas con TMG. Además, en todos los planes de atención de las Comunidades Autónomas de nuestro país y en los planes nacionales, se define el TMG desde un enfoque integral que sitúa a la enfermedad mental en el centro de un proceso asistencial global que contempla sus características y necesidades psicopatológicas, psicosociales, evolutivas y asistenciales.

La importancia del abordaje psicosocial de las personas con TMG radica en que su objetivo es la rehabilitación o recuperación, subrayando la idea de que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad. La rehabilitación incide en el desarrollo de la autonomía del paciente y en su integración en la vida cotidiana, por lo que va más allá de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se deriva de los tratamientos farmacológicos.

I.: ¿Qué papel juega (o debe jugar) el psicólogo en relación a este tipo de intervenciones psicosociales? ¿Considera que las funciones del psicólogo han quedado suficientemente definidas en esta guía?

O.C.: La multiplicidad de áreas a cubrir y la complejidad de las intervenciones en el tratamiento de las personas con TMG implican a profesionales de diversas categorías. Tal y como se recoge en la GPC, esta intervención ha de articularse a través de “*equipos interdisciplinares*” en los que la figura del psicólogo es un elemento fundamental e imprescindible.

A pesar de que las GPC no suelen detallar las funciones de cada categoría profesional, es evidente que para el desarrollo de las intervenciones psicosociales descritas y como parte del

proceso de rehabilitación de las personas con TMG, el psicólogo participa en diferentes momentos de la intervención. Entre sus funciones se encuentran: la evaluación funcional del usuario y su familia, la identificación de competencias y déficits, el análisis funcional e identificación de factores de riesgo y de protección desde un modelo de vulnerabilidad al estrés, el establecimiento de objetivos de la intervención y el diseño de planes individualizados de rehabilitación, la aplicación de las técnicas, programas y acompañamientos y la evaluación de resultados, calidad y eficacia de las intervenciones.

I.: *La guía establece, con el máximo grado de recomendación, las intervenciones familiares, en las que se incluya psicoeducación y técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales, es decir, desde un enfoque cognitivo-conductual. ¿Podría explicar-nos qué objetivos se persiguen con este tratamiento y su grado de eficacia?*

O.C.: Las intervenciones familiares han sido una de las más estudiadas y que mayor evidencia han demostrado en el ámbito de las personas con TMG, situándolas como imprescindibles dentro de una atención organizada a las personas con TMG. No en vano, las familias constituyen uno de los principales recursos de atención, cuidado y soporte social de las personas con TMG, -se estima que un 80% de las personas con TMG conviven con sus familias, y específicamente, con sus padres-.

Al margen del modelo o del tipo de enfoque desde el que se articulen estas intervenciones familiares, todas suelen incluir objetivos y estrategias comunes, tales como la colaboración con la familia (familia como co-terapeuta-

cuidador), la reducción de la carga y estrés familiar, el refuerzo de las capacidades familiares para anticipar y solventar los posibles problemas; la reducción de aspectos como la ira o la culpa; la adecuación de las expectativas sobre el paciente hacia niveles razonables, el saber establecer límites, y poder modificar conductas y creencias, así como emociones negativas, cuando éstas se identifican como factor de recaídas y estrés familiar.

Tal y como se señala en la GPC, algunos de los beneficios derivados de este tipo de intervenciones son la reducción de la carga familiar, la mejora de funcionamiento social del paciente y la reducción del número de recaídas. Además, la GPC especifica que la duración de estos programas de intervención debe ser de 6 meses o superior, para obtener los beneficios deseados, y que dichos programas deben incluir psicoeducación, técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales. Parece, a la vista de lo comentado anteriormente, que se han de desarrollar paquetes activos de tratamiento con contenidos idóneos y extensivos en el tiempo, y muy probablemente también una articulación de servicios encaiminada a garantizar un seguimiento de los resultados.

I.: *¿Considera que las recomendaciones que se establecen en la GPC son aplicables a la práctica hoy en día? A su modo de ver, ¿qué mejoras serían necesarias en el sistema sanitario público?*

O.C.: Considero que la GPC recoge las principales recomendaciones necesariamente aplicables en la práctica cotidiana de personas con TMG y sus familias. En su conjunto, se incluyen intervenciones directas sobre las personas afectadas, su entorno familiar y sobre distintos niveles o estructuras. Sin embargo, es evidente que la composición, intensidad y duración de las mismas ha de adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes, por tanto, cualquiera de las intervenciones propuestas ha de ser aplicada en el marco de un plan individualizado de rehabilitación de la persona, que inevitablemente tenga en cuenta su contexto.

Creo que la aplicabilidad o no de estas recomendaciones no se pone en cuestionamiento, pero sí hemos de hacer una reflexión sobre los obstáculos que en ocasiones están condicionando que no sean aplicables, tales como la saturación de algunos servicios, la escasez de profesionales, la necesidad de reciclaje de los mismos, etc.

En cuanto a las mejoras, he de decir que en los últimos años se han producido avances innegables en la atención a las personas con TMG. Prueba de ello es la publicación de una guía como la que venimos comentando. El incremento y expansión de los recursos económicos y profesionales, de las prácticas basadas en la evidencia y del modelo de red diversificada en todo el territorio es una evidencia hoy en día. Sin embargo, en mi opinión, algunas de las oportunidades de mejora que aún debemos seguir trabajando incluyen la ampliación de la conceptualización de TMG y del enfoque de los tratamientos psicosociales disponibles, enfocando el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de manera coordinada y simultánea, en lugar de concebirlo como un “antes” y un “después” de la atención, -lo que resolvería muchos problemas posteriores como el estigma y las menores posibilidades de recuperación social y personal-.

Además, se hace necesario potenciar la garantía en la continuidad de cuidados y el trabajo multidisciplinar, evitando el riesgo de fragmentación en la trayectoria de las intervenciones con las personas con TMG. Para ello sería necesario desarrollar planes de interven-

ción coordinados entre los diferentes profesionales implicados en el tratamiento y facilitar la cooperación entre los recursos sociales y sanitarios, desde un modelo de atención basado en los “procesos”, donde el paciente se sitúe como eje de la atención.

Por otro lado, y para garantizar la calidad de la atención, es fundamental mejorar la accesibilidad tanto de los pacientes a los servicios, como de las prácticas e intervenciones recomendadas a los pacientes, así como asegurar que se aplican programas de intervención psicosocial basados en la evidencia y evaluar y monitorizar su aplicación.

I.: ¿Ha echado en falta en el contenido de la guía algún aspecto de interés referente a las intervenciones psicosociales en trastorno mental grave?

O.C.: Se trata de un buen trabajo, expuesto con claridad y detalle, aunque quizás, en el apartado de otras intervenciones terapéuticas, podrían incluirse otro tipo de intervenciones que se desarrollan en el ámbito de la rehabilitación psicosocial, tales como intervenciones dirigidas a la mejora de la salud física y la adquisición de hábitos de vida saludables. Cada vez más aparecen estudios y publicaciones en relación a las inter-

venciones dirigidas a la prevención y al tratamiento del sobrepeso de personas con TMG, problemas médicos o terapias para la deshabituación tabáquica, que suelen valorarse muy positivamente, tanto por parte de los propios usuarios como de los profesionales, debido a la mejora de aspectos como la salud y la calidad de vida, y que deberían ser objeto de mayor investigación.

Así mismo, otro ámbito en el que durante los últimos años se vienen desarrollando estudios y publicaciones es el que implica el desarrollo de intervenciones basadas en terapias de tercera generación y desde la psicología positiva para personas con TMG. En el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso, se han llevado a cabo estudios que parecen apuntar la reducción de la sintomatología psicótica y el incremento de los comportamientos funcionales ligados a áreas importantes para la persona que recibe el tratamiento.

Por último, pero no menos importante, considero que otro de los elementos que podría incluirse en una GPC de TMG es el relacionado con las intervenciones dirigidas a la reducción del estigma social y del auto-estigma. Las personas con TMG han de enfrentarse no sólo a las dificultades derivadas de la enfermedad mental, sino también a las consecuencias del prejuicio y la discriminación social existente, y que las pueden privar de oportunidades esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal (Corrigan y Kleinlein, 2005). A su vez, la persona con enfermedad mental asume la imagen social que proyecta como suya propia y vuelve hacia ella misma estas actitudes estigmatizantes (proceso que se conoce como “auto-estigma”).



Por eso, es muy importante incidir y trabajar sobre estos aspectos. Numerosos estudios (Muñoz, Pérez, Crespo & Guillén, 2009), consensos profesionales (AEN, 2007) y campañas de intervención (“1decadacuatro”), analizan las consecuencias de estas actitudes negativas y señalan propuestas de actuaciones concretas dirigidas hacia la sensibilización de la población. Las intervenciones más eficaces son las dirigidas a profesionales de la salud, de los medios de comunicación, de la educación, así como a escolares, empresarios, agentes sociales, policías y cuerpos de seguridad, asociaciones de personas con enfermedad mental y familiares.

I.: Para finalizar, ¿desea añadir algún comentario más?

O.C.: Sin duda, la incorporación de la GPC basada en la evidencia científica y concretamente dirigida a personas con TMG supone un enorme avance para la mejora de la calidad de la atención a este colectivo. Sin embargo, es necesario invertir esfuerzo para eliminar las barreras que impiden que se materialicen estas medidas.

Estudios previos (Taylor y cols., 2009; Magliano y cols., 2000) han puesto en evidencia que si bien el 86% de los dispositivos ofrecen psicoeducación, tan sólo el 21% de los pacientes y el 2% de sus familiares han recibido estas intervenciones durante el último año, lo que hace patente la paradoja sobre cómo se cristalizan estas recomendaciones en la realidad asistencial, y subraya la necesidad de identificar y combatir las diferentes barreras que dificultan la extensión de estas prácticas en la clínica cotidiana.

En este sentido, uno de los aspectos a trabajar es la necesidad de adoptar herramientas que nos permitan evaluar el

grado de “adherencia de los profesionales a las recomendaciones sobre las intervenciones psicosociales recogidas en la GPC”, porque hemos de hacernos esta pregunta: *¿Qué derecho tenemos a tratar a las personas con TMG con los modelos teóricos e intervenciones que elijamos, bajo el paraguas de nuestras preferencias profesionales, sabiendo que existen intervenciones eficaces?*

A este respecto, existen bastantes publicaciones y guías que pueden orientarnos (Corrigan y cols., 2001; Brooker & Brabban, 2004; Mueser y cols., 2006), ya que se centran en las vías para la implementación de las intervenciones psicosociales, proponiendo estrategias específicas de evaluación del grado de implantación de las recomendaciones en la práctica diaria. Por otro lado, para facilitar este proceso y armonizar las

prácticas en todo el territorio, también resultaría de utilidad la estandarización de los protocolos de actuación o de los procesos asistenciales a nivel de las diferentes Comunidades Autónomas.

Finalmente, hemos de tener en cuenta que las herramientas recomendadas aportan beneficios no sólo a los profesionales de la salud, sino sobre todo a los usuarios de los servicios, asegurando la equidad en las prácticas. En relación a esta práctica clínica, es necesario destacar la importancia de las actitudes de los profesionales que trabajamos en el ámbito de la rehabilitación psicosocial y del TMG, ya que la aplicación de estas estrategias de intervención, sólo es posible desde un enfoque de recuperación personal, propiciando procesos de cambio y de crecimiento personal basados en la esperanza y la autonomía.

REFERENCIAS

- IMERSO (2007). *Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C y Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (3), 109-115.
- Taylor, T.L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S. y cols. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 9:55.
- Corrigan, P. W. y Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness*, pp. 11-44. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2007). *Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma*. Cuaderno Técnico nº 8, Madrid.
- Muñoz, M., Pérez E., Crespo M. y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. *Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Ed. Complutense, Madrid.
- Bach, P.A., Gaudiano, B., Pankey, J., Herbert, J.D. y Hayes, S.C., (2006). Acceptance, Mindfulness, Values and Psychosis: Applying acceptance and commitment therapy (ACT) to the chronically mentally ill. En: *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Elsevier. New York.
- Corrigan, P.W., Steiner, L., McCracken, S.G., Blaser, B. y Barr, M. (2001). Strategies for disseminating evidence based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services* 52:1598-1606.
- Brooker, C. & Brabban, A. (2004). *Measured success: A scoping review of evaluated psychosocial interventions training for work with people with serious mental health problems*. National Institute for Mental Health in England.
- Mueser, K.T., Meyer P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M. y Salyers, M.P. (2006). The illness management and recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 32-43.

VII CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA

OVIEDO - ASTURIAS - ESPAÑA
20 - 24 JULIO 2010



ORGANIZADO POR EL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS (COP) BAJO
LOS AUSPICIOS DE LA FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE ASOCIACIONES DE PSICOLOGÍA (FIAP)

JULIO 2010

www.fiap2010.com