



Red de Atención al Trastorno Mental Grave según NICE: Nueva Guía de Práctica Clínica para el Abordaje de la Psicosis Compleja

María Magdalena Hurtado Lara

Psicóloga Clínica. UGC-Salud Mental Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud

José María García-Herrera Pérez-Bryan

Psiquiatra. Investigador voluntario de la Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud

(FIMABIS)

Casta Quemada Gonzalez

Enfermera Especialista en Salud Mental. UGC-Salud Mental Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud

Mayo 2021. Boletín Psicoevidencias nº 59. ISSN 2254-4046

Después de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia¹, recientemente adaptada a nuestro contexto², NICE acaba de publicar una nueva GPC, ahora dirigida al tratamiento de la psicosis compleja³.

La expresión “psicosis compleja” se entiende en esta GPC en términos similares al Trastorno Mental Grave conceptualizado en los documentos del Servicio Andaluz de Salud⁴. Se trata de personas que tienen el diagnóstico principal de una enfermedad psicótica (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión psicótica, trastornos delirantes o trastorno esquizoafectivo) con síntomas graves y resistentes al tratamiento y que además presentan deterioro funcional. Además del diagnóstico primario, estas personas pueden experimentar discapacidades cognitivas específicas asociadas a la psicosis severa, con un impacto negativo en las habilidades organizativas y sociales; problemas de salud mental comórbidos; problemas de salud física, como diabetes, enfermedades cardiovasculares o pulmonares; o problemas del desarrollo neurológico preexistentes, por ejemplo, el trastorno del espectro autista o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En la práctica, estas personas suelen ser las que requieren más ingresos hospitalarios y más duraderos. Se recomienda ofrecer los servicios de rehabilitación en cuanto se identifique una psicosis resistente al tratamiento y la presencia de déficits funcionales, pues el acceso temprano a estos servicios permitiría un tratamiento más eficaz, reduciendo los ingresos repetidos y apoyando una vida comunitaria más autónoma y gratificante.

Esta GPC incluye, entre otras recomendaciones, una propuesta sobre cómo debe organizarse la red de servicios de rehabilitación de salud mental para atender a los pacientes con psicosis complejas. Esta red de servicios de





rehabilitación sería complementaria a la red para el tratamiento de los episodios agudos de psicosis, que ya se describieron en la guía anterior, con dispositivos como los equipos de atención temprana a la psicosis, los equipos de resolución de crisis y tratamiento en el hogar, o los hogares de crisis (ver GPC Psicosis y Esquizofrenia²).

NICE propone una red de rehabilitación de salud mental con dos grandes grupos de dispositivos: la rehabilitación en la comunidad, y la rehabilitación en régimen de hospitalización.

LA REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD

Los **equipos de rehabilitación de salud mental de la comunidad** son los encargados de proporcionar atención clínica a las personas que viven en alojamientos con distintos grados de apoyo durante muchos años, y el objetivo de esta rehabilitación es que puedan hacerlo de la manera más autónoma posible. Este tipo de equipo hace la mayoría de los contactos en el domicilio del usuario o en otros recursos comunitarios, colaborando estrechamente con el personal de los alojamientos.

Los **alojamientos con apoyo** deberían estar ubicados en un lugar familiar y cerca de las redes sociales y culturales de la persona, salvo contraindicación clínica, e incluir el apoyo en tareas como la administración del dinero y las actividades de la vida diaria, mientras se fomenta la independencia y la participación en la sociedad. Se trataría de proporcionar a la persona un lugar seguro que sienta como propio.

Por último, dentro de este grupo de recursos basados en la comunidad, también se encontrarían recursos no sanitarios, como el **dispositivo de apoyo a domicilio**. Ofertan servicios de apoyo a las personas que residen en viviendas individuales de alquiler y que son generalmente más autónomas. El equipo visita a las personas en su domicilio durante unas horas a la semana, proporcionando apoyo práctico y emocional individualizado, con el objetivo de ir reduciéndolo progresivamente.

LA REHABILITACIÓN EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN

Por otro lado, el segundo gran grupo de dispositivos lo formarían los centros en los que la persona está ingresada, pudiendo estar ubicados bien en el hospital o bien en la comunidad.

Un primer tipo serían las **unidades de rehabilitación de alta dependencia**, que atienden a personas con psicosis compleja cuyos síntomas aún no se han estabilizado y cuyos riesgos asociados y comportamientos desafiantes siguen siendo problemáticos. Estas unidades tienen por objeto maximizar los beneficios de la medicación, abordar las comorbilidades de la salud física, reducir los comportamientos problemáticos, volver a involucrar a las familias y facilitar el acceso a recursos de la comunidad. La mayoría de las personas que se encuentran en las unidades de alta dependencia están ingresadas involuntariamente. Alrededor del 80% de las derivaciones a las unidades de alta



dependencia proceden de unidades de hospitalización y el 20% de unidades forenses, y sólo ocasionalmente se remiten personas que viven en la comunidad. La duración máxima prevista de la estancia es de alrededor de un año, ya que hay evidencia de que las unidades de rehabilitación con una duración máxima estimada se asocian con una mejor calidad de atención⁵.

También se proponen las **unidades de rehabilitación de alta dependencia a largo plazo**, destinadas a personas con altos niveles de discapacidad, por presentar síntomas resistentes al tratamiento y condiciones comórbidas que tardan más de un año en estabilizarse. La mayoría de sus derivaciones proceden de las unidades de rehabilitación de alta dependencia.

Este segundo grupo también incluiría las **unidades de rehabilitación altamente especializadas**, dirigidas a personas con psicosis y afecciones comórbidas que necesitan un programa especializado adaptado a su comorbilidad específica (como una lesión cerebral adquirida, un trastorno grave de la personalidad o un trastorno del espectro autista). A menudo, la complejidad de las afecciones coexistentes en la persona se asocia con mayores necesidades de apoyo. Las derivaciones proceden de unidades de hospitalización o de unidades de rehabilitación de alta dependencia, y la duración prevista de la estancia es de más de tres años.

Por otra parte, se contaría con las **unidades de rehabilitación comunitaria**, que atenderían a pacientes internos pero que están ubicadas fuera del recinto hospitalario. Proporcionan tratamiento multidisciplinar y apoyo a las personas con necesidades complejas continuas que impiden que sean dadas de alta de una unidad de rehabilitación de alta dependencia. La mayoría de las derivaciones proceden de las unidades de rehabilitación de alta dependencia o de las unidades de hospitalización. Se centran principalmente en la promoción de las aptitudes para la vida independiente y la participación en la comunidad, de manera que se pretende preparar a la persona para que pueda vivir en un alojamiento con apoyo. La duración prevista de la estancia en una unidad de rehabilitación comunitaria es de 1 a 2 años.

Los servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados y de la comunidad para personas con psicosis complejas deberían estar a cargo de equipos multidisciplinarios, integrados por diversos profesionales, todos ellos sin excepción con formación específica en rehabilitación de la salud mental.

UNA RUTA DE REHABILITACIÓN ADAPTADA A CADA PERSONA

Esta organización está pensada como un sistema en el que la persona pueda hacer una **ruta de rehabilitación** dependiendo de sus necesidades particulares y de cómo vayan cambiando, ofreciendo en cada momento el entorno





menos restrictivo posible, pasando a través de la rehabilitación de la necesidad de un apoyo más intensivo a una mayor independencia.

La red de rehabilitación local debería estar adaptada a las necesidades particulares de la población de ese lugar y, para garantizar un funcionamiento coordinado, se propone formar **comités locales de salud mental**. Estos comités serían unos grupos formados por agentes sanitarios, sociales, usuarios y otros agentes locales, como las asociaciones que puedan ofertar algún tipo de atención a las personas usuarias, y autoridades locales, por ejemplo, del ayuntamiento, y tendrían la capacidad de decidir el tipo de recursos necesarios para su población.

Especial atención se presta en esta guía a las **transiciones** de las personas de una unidad a otra dentro de la ruta trazada en su plan de tratamiento, de manera que el proceso de rehabilitación esté diseñado para proporcionar flexibilidad y apoyo a largo plazo. Las transiciones deberían estar guiadas por sus necesidades en cada momento y por criterios claramente definidos, y ser acordadas con la persona y su familia o cuidadores y los clínicos que participan en su atención, al menos con 3 meses de antelación.

Las **estancias en lugares lejanos a la residencia del usuario** deberían estar muy limitadas, sólo para los casos en los que haya alguna razón que aconseje que así se haga, o para personas con afecciones comórbidas excepcionalmente complejas y cuyas necesidades no pueden ser cubiertas en entornos menos especializados (por ejemplo, personas con un diagnóstico adicional de trastorno del espectro autista o de lesiones cerebrales adquiridas).

VINCULACIÓN A LA COMUNIDAD Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

En general, se aconsejan centros de tratamiento pequeños, que puedan autogestionarse y sean flexibles para adaptarse a las necesidades particulares de cada persona. Asimismo, una labor de todos los centros sería facilitar que la persona mantenga vínculos con su comunidad de origen, apoyándola para mantener las relaciones con la familia y los amigos, una vida social activa y vínculos con actividades educativas y laborales.

En general, la nueva Guía NICE lo que propone es dotar al sistema de una red de rehabilitación de salud mental amplia y coordinada que permita realizar una efectiva atención sanitaria centrada en la persona y flexible, es decir, adaptada a las particulares necesidades y preferencias que cada usuario diagnosticado de un trastorno mental grave pueda presentar en cada momento.

INVITACIÓN A LA REFLEXIÓN EN ANDALUCÍA

Partiendo de la idea de que ésta es una propuesta de máximos, es decir, que en la propia guía NICE⁵ se reconoce que no todas las áreas del Reino Unido cuentan en la actualidad con esta red, aunque es su aspiración, sería interesante





reflexionar sobre qué elementos podrían servir de inspiración para mejorar nuestra red de rehabilitación de salud mental.

Uno de los puntos más destacados de esta propuesta es la existencia de varios dispositivos que pueden albergar de manera involuntaria a pacientes con psicosis complejas y comportamientos desafiantes, como las unidades de alta dependencia, las unidades de alta dependencia a largo plazo, o las unidades de rehabilitación comunitaria. Los recursos de nuestra red pública, sin embargo, a excepción de las unidades de hospitalización, suelen requerir la voluntariedad para el ingreso y el tratamiento. Esto provoca que los pacientes con comportamientos más negativistas y/o desafiantes queden en muchas ocasiones sin la cobertura de estos servicios, y puedan terminar derivados a algún hospital concertado que sí oferta este tipo de hospitalización de media-larga estancia para psicosis compleja o con problemas judiciales.

Otra característica destacada de esta propuesta es que aboga por el tratamiento en entornos comunitarios siempre que sea posible, incluidos los centros que ofertan la rehabilitación de salud mental en régimen de hospitalización. Sin embargo, aproximadamente la mitad de los dispositivos dedicados a la psicosis en nuestra red están ubicados dentro de los recintos hospitalarios, implementándose muchas veces las intervenciones en el hospital.

También es reseñable que esta propuesta separa la red de rehabilitación de salud mental y la red de atención a los episodios agudos de psicosis, de manera que habitualmente no conviven en el mismo dispositivo pacientes con una psicosis incipiente, por ejemplo, con pacientes con una psicosis compleja de larga evolución. En nuestra red, sin embargo, los usuarios de distintos perfiles y nivel de gravedad suelen verse abocados a convivir en los mismos dispositivos en muchas ocasiones.

También es destacable la flexibilidad de esta propuesta, y la asunción a priori de que las necesidades de las personas usuarias pueden ir cambiando a lo largo del tiempo, estableciendo estancias máximas estimadas en casi todos los dispositivos.

El análisis de esta propuesta de red de atención a la psicosis compleja sugiere la necesidad de reconsiderar algunas características de nuestros dispositivos de rehabilitación, como su ubicación prioritariamente en ámbitos hospitalarios o el requisito de la voluntariedad, tal vez plantear un tiempo de estancia máxima estimada en todos los dispositivos y facilitar las transiciones, o establecer recursos separados para los usuarios de distintos perfiles y niveles de gravedad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NICE. Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management. Clinical guideline CG178. London: NICE; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>
2. García-Herrera Pérez-Bryan JM, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C et al. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2019.
3. NICE. Rehabilitation for adults with complex psychosis. NICE clinical guideline. No 181. London: NICE; 2020. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/rehabilitation-for-adults-with-complex-psychosis>
4. Consejería de Salud, 2016. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (PISMA III). Servicio Andaluz de Salud.
5. Killaspy H, Cardoso G, White S, Wright C, Caldas de Almeida JM, Turton P, et al. Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europa; a cross-sectional analysis. BMC Psychiatry. 2016; 16: 31-9.

