



# PROGRAMA DE APOYO A PSICÓTICOS CRÓNICOS

**FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL**



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
MODELO TEÓRICO SUBYACENTE AL PROGRAMA	5
ESTRATEGIAS Y ACTUACIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVO	6
ACTIVIDADES	7
METODOLOGÍA	12
DURACIÓN DEL PROGRAMA Y RÉGIMEN DE FUNCIONAMIENTO	12
EQUIPO TÉCNICO BÁSICO	12
BIBLIOGRAFÍA	13

## **Introducción**

El término Paciente Mental Crónico es utilizado para definir un extenso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración. Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la edad o la duración del trastorno y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad.

La definición que cuenta con más aceptación es la emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1978, 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 en diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de evolución que presentan, otras la edad o la duración del trastorno y otras el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad. Como consecuencia es posible encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes.

Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de Discapacidad: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Sin embargo, y a pesar de utilizar estos criterios, pueden obtenerse grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o a la metodología utilizada para su identificación.

## **Justificación del programa**

Como es sabido por todos los profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental, cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancias. Hay un considerable volumen de sujetos con enfermedades psiquiátricas cronificadas o de

larga trayectoria que a su morbilidad primaria adicionan otra adictiva que agrava el problema y ensombrece aún más el pronóstico. A título de ejemplo recordemos el elevado n° de psicóticos crónicos abusadores del alcohol y/o hachis y/o psicoestimulantes o sujetos depresivos que consumen cocaína o pacientes con ansiedad crónica que se hacen dependientes de su propia yatrogenia.

Además, la evolución de la realidad asistencial no deja lugar a dudas: lo que hace unos años era una prospección de futuro que a todos nos preocupaba hoy se ha convertido – y con todas las consecuencias – en el día a día.

Los pacientes con este doble diagnóstico tienen más probabilidad de ser vagabundos ('sin techo') y de necesitar más las ayudas económicas de la Seguridad Social por incapacidad. Los pacientes además corren los riesgos de las interacciones entre las medicaciones antipsicóticas y la sustancia a la que son adictos. También tienen mayor riesgo de suicidio y de cometer actos violentos. de consumir drogas que aquellos hospitalizados.

Los profesionales de salud mental se ven en muchas ocasiones sobrepasados por el problema., viéndose en la tesitura de derivarlos a dispositivos de la red de adicciones.

Dado que la tendencia es al alza creemos que este tipo de programas no solo están justificados, sino que se hacen necesarios tanto por la creciente demanda como por la magnitud del problema.

## **Objetivos**

El objetivo general es desarrollar una actuación integral (informativa, formativa, recuperadora y de prevención de recaídas) al colectivo aludido, extensible a los demás implicados: allegados y agentes de salud. Se pretende favorecer el que las personas con trastorno mental crónico puedan alcanzar el máximo desarrollo personal y social, facilitar su mantenimiento y apoyar los procesos globales de integración social. También apoyar y asesorar a las familias en el manejo de la convivencia diaria.

### **Objetivos específicos**

- Conseguir neutralizar (siquiera paliativamente) los efectos del proceso sobreañadido al original
- Paliar las consecuencias psicosociales y secuelas que la patología doble genera en sujetos, familiares y allegados
- Informar y formar a usuarios, allegados y agentes de salud para un mejor abordaje global del problema.

- Instruir acerca de las adicciones de larga trayectoria
- Psicoterapia y psicoeducación con adictos cronificados
- Instruir sobre los cuidados paliativos de diferentes poblaciones de larga trayectoria
- Formar sobre el manejo de medidas socioterapéuticas y de reinserción de estos sujetos
- Favorecer la mejora de la autonomía personal y social de los usuarios para que su funcionamiento sea lo mas normalizado posible.

## Modelo teórico subyacente al programa

En su dimensión más inespecífica partimos de los considerandos teóricos de Lazarus (multimodal), Norcross, Beck, Beutler (eclecticismo sistemático), Goldfried, Nelly (procesos de construcción del sujeto y otros).

En lo referido a la intervención *inespecífica práctica* (estructural-personal o psicológica en general) el marco teórico más invocado es el de las *narrativas* (metateórico de Gold, Omer & Alon y F. Liria & Rodríguez).

Respecto a la interpretación de la fenomenología adictiva nos referimos a la denominada *integración teórica* de Prochaska, Gallagher, Wachtel y Di Clemente<sup>1</sup>, básicamente en los *estadios de cambio*, que nos sirven para utilizar un lenguaje universal e inteligible para casi todos profesionales de las adicciones añadiendo nuestra aportación teórica integradora referida a la *escalada y psicopatología nuclear* (Sirvent).

## Estrategias y actuaciones para el cumplimiento de los objetivo

1. **Evaluación** (ya terapéutica o cuando menos pre-terapéutica) específica del caso (historia clínica adictiva, historia biográfica, motivación para el tratamiento). El modelo teórico de esta primera evaluación es el integrador empleando el marco teórico narrativo amplio y metateórico (Feixa, Fdez Álvarez, Mahoney y Neimeyer). No confundir con la evaluación inicial ni con la historia clínica que se efectúa antes del inicio del tratamiento y que no tiene cariz terapéutico.
2. **Diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico**: La cadena de tratamientos por la que pasan estos pacientes - rebotando de un recurso a otro - es larga, y en ocasiones poco eficaz, creando con frecuencia, tanto en los profesionales como el los afectados, así como en sus familias un clima de desesperanza o derrotismo. Por todo ello, queremos destacar la importancia que para dicha población, tiene el hacer un diagnóstico y el abordaje terapéutico adecuado de la

<sup>1</sup> No compartimos del todo los denominados *estadios de cambio* de Prochaska y Di Clemente<sup>1</sup>, pero está tan generalizado su manejo que lo aceptamos para utilizar un lenguaje común

psicopatología concomitante. Los pacientes que abusan de sustancias y padecen un trastorno mental crónico requieren un tratamiento psicofarmacológico muy afinado dado que los adictos suelen responder a los psicofármacos de diferente manera que los sujetos no consumidores, posiblemente debido al efecto estimulativo crónico de las drogas que inducen alteraciones de las cadenas neurotransmisoras además de otras modificaciones (metabólicas, excretoras, etc).. Los clínicos pueden equivocarse fácilmente en cuanto a la terapia farmacológica escasa o excesiva.

3. **Supervisión médico-psiquiátrica** estrecha. Con un psiquiatra que supervisa cotidianamente los tratamientos en íntima coordinación con, el médico y los psicólogos del centro.
4. **Desintoxicación** (si procede) y **deshabitación**: Para la desintoxicación empleamos modelos biomédicos convencionales, ya que la desintoxicación es un proceso reparador fisiológico. Lo mismo es aplicable para la recuperación psicofísica inmediata: adquisición de estándares saludables (hábitos higiénicos dietéticos y funcionales). En lo que se refiere al proceso de deshabitación, los principios y las técnicas utilizados con estos pacientes son similares a los usados con otros pacientes. Sin embargo, para tratarlos con eficacia tenemos que manejar con soltura y saber combinar adecuadamente el binomio *toxicofilia - reestructuración*. Resulta tan peligroso considerar que la adicción es un síntoma de procesos psicopatológicos subyacentes o un trastorno de personalidad donde los esfuerzos de la psicoterapia se han de dirigir a la reestructuración de los elementos dañados como centrar todo el proceso en el aspecto toxicofílico del individuo.
5. **Plan terapéutico individualizado** con atención especial (en un segundo momento psicoevolutivo) a la autoestima, autoeficacia y autonomía personal como momentos definitivos de naturaleza psicológica. Desde la perspectiva sociorrelacional es importante la dinámica de relación familiar y social, la capacidad de (auto) planificación y ritmo de vida, y la calidad final de vida.
6. **Reintegración social** Teniendo como prioridad el mantenimiento e integración de estas personas en su entorno social, familiar y personal; evitando toda forma de discriminación, aislamiento o marginación, y garantizando la participación futura en la vida de su comunidad como sujeto activo. La intervención va dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario a través de la recuperación y entrenamiento de habilidades y capacidades que deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento

psicosocial. Hemos de tener en cuenta la preparación y apoyo de los usuarios con el que cuentan y favorecer su integración y normalización de condiciones de vida.

## **Actividades**

Se realizará un programa integral de apoyo a rehabilitación e integración social con las siguientes áreas de intervención:

1. **Actividades de apoyo y rehabilitación con la población afectada:** Conjunto de medidas dirigidas a neutralizar o paliar los efectos del proceso comórbido, adicionales y complementarias a las que el sujeto esté recibiendo desde su CSM por su proceso primario (psicopatología original).

Dichas actuaciones de apoyo comprenderían:

- Estrategias de educación e integración social especialmente diseñadas para este programa y llevadas a cabo por profesionales de la educación e integración social
- Neutralización de pautas comportamentales nocivas desorganizadas que se estimen perjudiciales y sustitución por otras sanas
- Instrucción psicopedagógica y educativa según programa ad hoc para la población afectada
- Intervención psicoterapéutica básica (complementaria de la que reciba en su CSM u otro dispositivo) y dirigida a la comorbilidad
- Programa de prevención de recaídas específico para esta población (basado en la teoría del ciclo hedónico)
- Plan de educación para la salud con especial énfasis en el restablecimiento de hábitos higiénico dietético, normas de autocuidado y recuperación de ritmos biológicos perdidos.

2. **Autocuidado** (aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables). Se trata de inculcar en el sujeto alternativas que puedan incorporarse desde el aprendizaje de pautas de conductas saludables, fomentando la introducción de cambios de conducta dirigidos a conseguir un “estilo de vida” alternativo saludable manteniendo y reforzando estos cambios.

3. **Psicomotricidad.** Actividad que se basa en el movimiento corporal a través de juegos colectivos. Se trabaja el control en el movimiento, la coordinación global y segmentaria, el equilibrio, la orientación en el espacio y en el tiempo, la lateralidad.. El objetivo de la

psicomotricidad es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo.

4. **Psicoeducación:** Conocimiento y manejo de enfermedad, administración de medicación, adherencia al tratamiento, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc. Incluye técnicas que proveen a los pacientes de apoyo, información y estrategias de manejo y resolución de problemas.
5. **Autocontrol y manejo de estrés.** Mediante esta actividad los participantes aprenderán a conocer su actitud ante las presiones del medio, los efectos que producen y los medios con que cuentan para afrontarlas, aprenderán a adecuar sus respuestas frente a situaciones de tensión a canalizar la presión.
6. **Rehabilitación Cognitiva:** Desarrollar repertorios conductuales básicos (capacidad de atención, comprensión, imitación).
7. **Habilidades sociales:** Las intervenciones de entrenamiento en habilidades comprenden técnicas de entrenamiento y de habilidades interpersonales complejas a través de la actuación sobre componentes de conducta, utilizando el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación positiva y correctora y las prácticas in vivo con el objetivo de la adquisición y generalización de tales habilidades. Frecuentemente se combina con técnicas de psicoeducación y de manejo de la enfermedad, incluyendo aspectos como el manejo de la medicación o el afrontamiento de los síntomas.
8. **Actividades de orientación cultural y educación:** Comprende desde la enseñanza de aspectos básicos de aprendizaje (lectura-escritura-comprensión), hasta actividades pedagógicas más avanzadas que motiven a estos pacientes.
9. **Orientación e Inserción Laboral:** Dirigido a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional para facilitar la autonomía, independencia e integración social de estas personas.
10. **Psicoterapia individual:** El caos al que se ven abocados estos pacientes se produce tanto a nivel psicológico como relacional y vital, por lo que no basta con curar o deshabituarse, también hay que reestructurar, es decir, trabajar el núcleo psicológico del paciente de manera suficiente,

procurando analizar y reconstruir aquello que indefectiblemente pueda llevarle a sufrir crónicamente. En la psicoterapia individual predominan las técnicas cognitivo- conductuales, psicodramáticas y la narrativa integradora antes aludida.

11. **Psicoterapia grupal:** Atiendan al plano unipersonal de pequeño grupo (dinámica grupal) o gran grupo (colectivas). Tiene como objetivo atender al plano anímico-comportamental y reestructurador en lo psicológico, procurando la autoafirmación vital del sujeto y superando la consumofilia. Para la terapia grupal empleamos técnicas muy diversas según el tipo de grupo de que se trate: gestálticas, psicodramáticas, rogerianas, cognitivas, psicoeducativas, racional-emotivas, análisis transaccional y existencialistas (no citamos autores por ser sobradamente conocidos), amén de técnicas de confección propia de filosofía integradora.
12. **Actividades socioterapéuticas:** Obviamente tienen un carácter grupal, bien microgrupal, bien colectivo o asambleario. Atienden a diferentes aspectos del plano vital, relacional (interrelacional), funcional y -por lo tanto- estructural del individuo, adoptando el paradigma sujeto respecto al grupo (microgrupo o gran grupo) como referente sistemático de trabajo.
13. **Ocio y tiempo libre:** Mediante las actividades de ocio y tiempo libre se desarrollan de manera integral todas las áreas de rehabilitación de estas personas (psicomotricidad, actividades sociales y cognitivas, autocontrol, actividades de la vida diaria), de esta manera, la persona con trastorno mental crónico disfruta de su ocio de manera placentera y productiva evitando la apatía y el inmovilismo y mejorando en definitiva su calidad de vida.
14. **Apoyo a la integración social:** Definido como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que se orientan fundamentalmente 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 esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. En este apartado se presentarán los elementos que definen la rehabilitación psicosocial, sus características básicas, objetivos y principios de atención.
15. **Apoyo a las familias** mediante la realización de actividades grupales de escuelas de familia y grupos de autayuda.

- **Actuaciones informativas y de orientación** con familiares y allegados sobre las complicaciones adictivas (se les presupone formados en el manejo del problema psiquiátrico general, sin complicaciones adictivas)

**Temario:**

- ◆ Acción y efecto del consumo de sustancias en pacientes psiquiátricos
- ◆ Complicaciones a corto, medio y largo plazo del uso intercurrente de sustancias en pacientes psiquiátricos
- ◆ Manejo general del pacientes psiquiátrico con comorbilidad adictiva
- ◆ Cuidados específicos según diferentes patologías
- ◆ Abordaje del impacto familiar y training actitudinal
- ◆ Prevención de recaídas de pacientes psiquiátrico con comorbilidad adictiva

- **Actuaciones de apoyo y rehabilitación con la población afectada**

Conjunto de medidas dirigidas a neutralizar o paliar los efectos del proceso comórbido, adicionales y complementarias a las que el sujeto esté recibiendo desde su CSM por su proceso primario (psicopatología original).

Dichas **actuaciones de apoyo** comprenderían:

- a. Estrategias de educación e integración social especialmente diseñadas para este programa y llevadas a cabo por profesionales de la educación e integración social
- b. Neutralización de pautas comportamentales nocivas desorganizadas que se estimen perjudiciales y sustitución por otras sanas
- c. Instrucción psicopedagógica y educativa según programa ad hoc para la población afectada
- d. Intervención psicoterapéutica básica (complementaria de la que reciba en su CSM u otro dispositivo) y dirigida a la comorbilidad
- e. Programa de prevención de recaídas específico para esta población (basado en la teoría del ciclo hedónico)
- f. Plan de educación para la salud con especial énfasis en el restablecimiento de hábitos higiénico dietético, normas de autocuidado y recuperación de ritmos biológicos perdidos.

15. **Evaluación y Seguimiento:** Evaluación longitudinal: mediante línea de investigación abierta continua mediante protocolo DARP-m. Se hace necesario conocer el alcance y resultados de los programas para pacientes psiquiátricos crónicos ofrecidos como alternativas al hospital psiquiátrico, con el fin de planificar la reestructuración de servicios favoreciendo aquellos que mantengan estable al paciente en el seno de su comunidad, empleando indicadores de contexto, estructura, proceso y resultado.

## **Metodología**

El programa se realizará de un modo flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características personales de cada usuario y de su entorno y se articulará de acuerdo al plan individualizado de rehabilitación establecido con cada usuario, desarrollándose a través de un proceso articulado de tres fases estrechamente relacionadas: evaluación, intervención y seguimiento, que corresponden a diferentes momentos del proceso global de atención, intervención y apoyo.

El acceso al programa será a través de una derivación de los dispositivos de la red de Salud Mental.

## **Duración del programa y régimen de funcionamiento**

Dependiendo de las necesidades de cada usuario oscilará entre los 6 y 12 meses, siendo la media de 9 meses. El régimen de funcionamiento, en función de las necesidades de cada paciente, puede ser:

- De atención diurna, en jornada continuada desde las 9 de la mañana a las 19 hs de la tarde.
- En régimen residencial.
- Régimen mixto, inicialmente residencial y posteriormente en centro de día.

## **Equipo técnico básico:**

Constituido por 1 psiquiatra, 1 médico, 1 psicoterapeuta, 4 psicólogos, 1 trabajador social y 4 educadores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) GROVE, B., «Salud mental en Europa», *British J. of Psychiatry*, 1994, 165, pp. 431-432.
- (2) GALILEA, V.; COLIS, J., «Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos crónicos en su integración laboral», en VV.AA., *Integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos: de la rehabilitación al empleo*, Ponencias I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Madrid, 1995.
- (3) VILLA, J., y otros, «De la formación al empleo: una estrategia para la rehabilitación de enfermos mentales», en GARCÍA y otros, *Rehabilitación psicosocial*, Oviedo, KRK. 1997.
- (4) ZEELLEN, J., «Rehabilitación vocacional en una psiquiatría en transformación», *Conferencia seminario UIMP*. Sevilla, 1990.
- (5) LIBERMAN, R. P., *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, Barcelona, Martínez Roca, 1993.
- (6) LEHMAN A. F.; WARD, N. C.; LINN, L. S., «Chronic mental patients, the quality of life issue», *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139, pp. 1.271-1.276.
- (7) STEIN, L. I.; TEST, M. A., «An alternative to mental hospital treatment, conceptual model, treatment program, and clinical evaluation», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 37, pp. 393-397.
- (8) STRAUSS, J., y otros, «The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles», *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142, pp. 289-296.
- (9) REKER, T.; EIKELMAN, B., «Kwork therapy for schizophrenic patients: results 3 years perspective study in Germany», *Nervenarzt*, 1998, 69, 3, pp. 210-8.
- (10) BELL, M. D.; LYSAKER, Ph., «Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia», *Schizopr Bull*, 1996, 22 ,(1), pp 51-67.
- (11) Lehman A. F., «Vocational rehabilitation in schizophrenia», *Schizophr. Bull.*, 1995, 21, pp. 645-56.
- (12) WARNER, R., *Recovery, From schizophrenia. Psychiatry and political economy*, Londres, Routledge & Kegan, 1985.
- (13) RODRÍGUEZ, A., «Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos», en REBOLLEDO, S., *Rehabilitación psiquiátrica*, Univ. Santiago de Compostela, 1997.
- (14) LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F., *La empresa social*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1994.
- (15) GARCÍA, J., «La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: 1982-1993», en GARCÍA, J.; ESPINO, A.; LARA, L., *La psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos, 1998.
- (16) NOSTI y otros, «Miraflores una experiencia de formación laboral y de rehabilitación», *Informaciones Psiquiátricas*, 1993, 131, pp. 101-104.

- (17) GARCÍA J.; DE LAS HERAS, B.; PEÑUELAS, E., *Rehabilitación psicosocial*, Oviedo, KRK., 1997.
- (18) BASAURI, V.A. “ Evaluación de servicios de salud mental”. Asociación española de neuropsicología. Madrid. España. 1993. pág. 479.
- (19) GONZALEZ, R. LEVAV, I. “Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación”. Memorias de la conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica. Organización Panamericana de la Salud – O.P.S – Caracas, Venezuela. Noviembre 1990. 148 pág.
- (20) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. “Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. 4 edición. Washington D.C. American Psychiatric Association Press; 1994.
- (21) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Atención primaria de la salud”. Alma Ata 1978. Serie salud para todos. No. 1. Ginebra, 1978.
- (22) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Declaración de Caracas”, Venezuela. 14 de Noviembre de 1990.
- (23) HENDERSON, C. Et all. Inequalities in mental health. *Bry. J. Psy.* (1998), 173, 4–7.
- (24) REYNOLDS,J; CELESTE,K. Análisis de costo – efectividad. Ed. Pricor. Maryland. USA. 1986. pag. 1- 42.
- (25) LEVAV, I. “Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. OPS – Oficina Sanitaria Panamericana \_ Oficina regional de la OMS. 1992. 343 pag.