

8. Red asistencial para la atención a los pacientes con esquizofrenia, dispositivos, programas y servicios

Como se ha señalado en la introducción, el objetivo de esta GPC es ofrecer unas recomendaciones sobre las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para aquellas personas que padecen esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente y que resulten aplicables desde los dispositivos de salud mental del Sistema Nacional de Salud.

Por esta razón se deben examinar las condiciones de aplicabilidad en función del sistema sanitario general y, más en particular, de las características y desarrollo alcanzado por las redes de salud mental de utilización pública.

Nuestro entorno sanitario ofrece condiciones favorables para la atención a personas con trastorno esquizofrénico. En primer lugar, por tratarse de un sistema que garantiza la universalidad de acceso a las prestaciones sanitarias. En segundo, por ofrecer un sistema sectorizado y escalonado de atención sanitaria. Y, en tercero, por ofrecer redes asistenciales especializadas en la atención a la salud mental.

Sin embargo, el diferente nivel de evolución general del sistema sanitario y de la reforma psiquiátrica en particular, los distintos grados de integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema general y el desigual desarrollo de los recursos sociales, condicionan en gran medida la accesibilidad, la utilización y la coordinación de estos recursos.

La red sanitaria general ofrece desde su primer escalón con la atención primaria de salud el punto inicial para la detección precoz y la derivación a los servicios especializados, pero también el ámbito idóneo para una continuidad de atención del estado general del paciente y de acompañamiento a las familias. Sería recomendable consensuar entre ambos niveles sanitarios, primario y especializado, unos criterios de derivación, interconsulta y coordinación. Ello permitiría, además, desarrollar de forma progresiva una mayor integración de la atención a la salud mental y una corresponsabilización en la atención a los pacientes.

Las redes de salud mental de utilización pública que se han desplegado acostumbran a inspirarse en las ideas y principios de la psiquiatría comunitaria, y presentan un conjunto de dispositivos para el abordaje de los diferentes momentos y circunstancias por las que atraviesan las personas con trastorno esquizofrénico o psicosis incipiente.

En general, dichos dispositivos se diferencian por su carácter ambulatorio u hospitalario por ofrecer una asistencia total o parcial, por dirigirse a poblaciones infantiles-juveniles y adultas, y por la extensión diaria y horaria de sus prestaciones. Pero también por la accesibilidad, intensidad y continuidad de la atención que ofrecen.

Estas redes acostumbran a incluir dispositivos de tratamiento ambulatorio u hospitalarios, en la forma de centros de salud mental, hospitalización completa para pacientes agudos y subagudos, hospitalización en régimen de comunidad terapéutica, hospitalización de media y larga estancia o de rehabilitación hospitalaria, unidades de hospitalización parcial como hospitales de día, servicios de urgencias y servicios de rehabilitación psicosocial,

residencias psiquiátricas y pisos asistidos. Estos dispositivos, a su vez, presentan diferencias cuando acogen a poblaciones de edad infantil y juvenil, adulta o geriátrica.

Para formular unas condiciones idóneas para las prestaciones de salud mental se debe tener en cuenta la interrelación entre los diferentes momentos de la evolución y las características de la presentación actual del trastorno, los objetivos terapéuticos de cada fase, los distintos dispositivos existentes y los servicios que éstos pueden facilitar.

Los principales ámbitos de intervención especializada que atienden a pacientes con trastorno psicótico incipiente o con esquizofrenia reúnen los dispositivos siguientes:

- **Centros de Salud Mental (CSM):** son el ámbito habitual de tratamiento de los pacientes con trastornos psicóticos incipientes o con esquizofrenia en la comunidad, en sus diferentes fases y momentos del trastorno. Para ello, es necesario que los CSM dispongan de los recursos necesarios para desarrollar los programas y las intervenciones necesarias adaptadas a cada situación. Asimismo, es necesario que identifiquen el plan terapéutico individual de cada paciente y articulen y coordinen sus intervenciones con los restantes profesionales y servicios que participan en los cuidados del mismo, tanto de forma simultánea como sucesiva.
- **Hospitalización total (Unidad de agudos, subagudos, comunidad terapéutica):** suele estar indicada para aquellos pacientes en que se valora un riesgo grave de daño contra sí mismos o contra otras personas, o que presentan una desorganización tan intensa o sufren tal influencia de delirios o alucinaciones que no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan una supervisión constante. Debe intentarse la hospitalización voluntaria de estos pacientes. Si se niegan a ello, pueden ser hospitalizados de manera no voluntaria si su estado cumple los criterios establecidos para un ingreso involuntario según las normas legales vigentes.

Otras indicaciones para la hospitalización son los problemas médicos o psiquiátricos generales y aquellas comorbilidades que permiten considerar que el tratamiento ambulatorio no sería seguro o resultaría ineficaz.

En función de la fase evolutiva, de la evaluación clínica, del riesgo detectable y del plan terapéutico, se deberá optar por la fórmula de hospitalización que resulte más adecuada.

- **Hospitalización parcial (Hospital de día):** puede utilizarse como alternativa inmediata a la hospitalización total para aquellos pacientes con trastorno psicótico incipiente o fases agudas que no presentan un riesgo para sí mismos o para otros y que pueden responder favorablemente a una atención ambulatoria intensiva. También puede ser una indicación en la fase de recuperación del primer episodio o en la de estabilización después de un episodio agudo, como medida en la prevención de recaídas o para el inicio de procesos de tratamiento en pacientes con necesidades elevadas de cuidados ambulatorios.
- **Servicios de rehabilitación comunitaria:** los servicios de rehabilitación comunitaria, servicios psicosociales y centros de día constituyen una indicación para todos aquellos pacientes que requieren intervenciones rehabilitadoras y facilitadoras de la integración psicosocial en la comunidad, adaptadas a cada una de las fases del trastorno. Estas intervenciones deberán integrarse dentro de un mismo plan terapéutico individualizado y realizarse coordinadamente con las de otros profesionales y servicios.

- **Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad:** estas intervenciones de GC y TAC, de mayor intensidad asistencial, están indicadas para aquellos pacientes que se encuentran desvinculados de los servicios asistenciales o que presentan notables dificultades para su vinculación y el mantenimiento de una continuidad de cuidados. Estas modalidades de intervención han tenido un menor desarrollo en nuestro sistema a pesar de la evidencia científica que recomienda su utilización, seguramente por la dificultad que supone crear nuevas gamas de dispositivos adaptados a nuestro entorno asistencial. Sin embargo, aspectos básicos de la filosofía de la GC y del TAC se han incorporado a los programas de atención comunitaria dirigidos a la psicosis incipiente y a la esquizofrenia en los centros de salud mental, bien sea con el diseño de programas de continuidad de cuidados con un marcado acento asertivo o con la incorporación de profesionales que realizan tareas de GC.

En las tablas siguientes se resumen los objetivos, dispositivos e intervenciones de salud mental indicados para cada una de las fases del trastorno psicótico incipiente y de la esquizofrenia.

Tabla 10. Prestaciones de salud mental según fases precoces de las psicosis: objetivos terapéuticos, dispositivos e intervenciones

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
EMAR	Evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a psicosis Tratar síntomas y disfunciones presentes	Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico sintomático (no antipsicótico) Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación
Primer episodio psicótico	Reducir la sintomatología psicótica y asociada Impedir el daño Conseguir la recuperación funcional Introducir la idea de trastorno Transmitir esperanza Proporcionar relación terapéutica	Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente Hospital de día Hospitalización de agudos Servicios de urgencias Servicio de rehabilitación	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación
Recuperación del primer episodio	Apoyar la adherencia al tratamiento Conseguir la recuperación funcional y la inserción Tratar problemas asociados	Centros de salud mental: programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente Hospital de día Servicio de rehabilitación	Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación Rehabilitación e inserción: habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y laboral, apoyo a la inserción comunitaria

Tabla 11. Prestaciones de salud mental según fases de la esquizofrenia: objetivos terapéuticos, dispositivos e intervenciones

Fase	Objetivos	Dispositivos	Intervenciones
Aguda	Disminuir/suprimir síntomas agudos Prevenir daños Conseguir la recuperación funcional	Centros de salud mental Hospitalización de agudos Hospitalización de día Servicios de urgencias	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación
Estabilización	Lograr una disminución continuada de síntomas Mejorar la adaptación comunitaria Dar apoyo para la disminución del estrés sufrido Consolidar la remisión y disminuir la posibilidad de recidivas	Centros de salud mental Hospitalización de día Comunidad terapéutica Hospitalización de subagudos Hospitalización de media y larga estancia/ unidades hospitalarias de rehabilitación Servicios de rehabilitación	Diagnóstico, evaluación y plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la recuperación Educación sanitaria y psicoeducación
Estable	Mantener la reducción sintomática Disminuir el riesgo de recaídas y detección precoz Apoyar la adaptación funcional y comunitaria Mejorar la calidad de vida	Centros de salud mental Servicio de rehabilitación Clubs sociales Servicios de inserción laboral Pisos asistidos Residencias psiquiátricas	Evaluación continuada y adaptación del plan terapéutico Tratamiento farmacológico Intervenciones psicosociales individual, familiar y apoyo a la estabilidad Educación sanitaria y psicoeducación Habilidades sociales Rehabilitación cognitiva Rehabilitación laboral Apoyo a la inserción comunitaria Apoyo domiciliario Apoyo a la vivienda

La existencia de dos grandes fases en el trastorno psicótico incipiente y la esquizofrenia, y la diversidad de dispositivos, programas y servicios que intervienen en el diagnóstico/evaluación, tratamiento y rehabilitación/inserción de estos trastornos plantean el problema de la continuidad asistencial y de la articulación y coordinación de los diferentes recursos asistenciales.

Una línea de respuesta a este problema es el diseño de programas longitudinales de coordinación de dispositivos y servicios, así como la implementación de programas transversales que organizan las prestaciones. Tanto en un caso como en otro se trata de garantizar unos mínimos exigibles en cuanto a la calidad asistencial en el tratamiento de personas con trastorno psicótico incipiente y esquizofrenia, y asegurar la continuidad de cuidados y la articulación de las intervenciones.

Los programas longitudinales deben garantizar fundamentalmente la continuidad asistencial entre dispositivos, y muy particularmente entre el ámbito ambulatorio y el hos-

pitalario, con el fin de evitar la interrupción de los tratamientos en curso y la desvinculación de pacientes de la red asistencial. Deben asegurar también la transmisión de la información diagnóstica, clínica y terapéutica relevante.

Por otra parte, los programas transversales deben estar orientados a integrar de forma adecuada los distintos servicios coincidentes en un momento dado y la adherencia de la persona y su familia a la asistencia ofrecida.

Algunos de los programas que intentan alcanzar dichos objetivos contemplan distintas fases evolutivas como, por ejemplo, las fases precoces de las psicosis o las distintas fases más avanzadas del trastorno esquizofrénico. También se han contemplado programas que parten de las especiales dificultades para la vinculación con los dispositivos o de la mayor gravedad clínica en condiciones ambulatorias, como ocurre con los programas de tratamiento asertivo comunitario o de gestión de casos.

Finalmente, cabe destacar la importancia de que el conjunto de las actuaciones y programas contemplen todas aquellas normas deontológicas y legales que afectan a la práctica asistencial y que deben presidir la relación entre los equipos asistenciales y las personas con trastorno psicótico incipiente o esquizofrenia y sus familias. Esto es especialmente importante cuando se trata de incorporarlos como participantes activos en la toma de decisiones y la realización de todo el proceso asistencial.