

Ostekoa

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-04

ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA. PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO

Proyecto de Investigación Comisionada

Diciembre 2012

INFORME DE EVALUACIÓN

D-13-04

ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA. PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO

Proyecto de Investigación Comisionada

Diciembre 2012

Catalán Alcántara, Ana
González Torres, Miguel Ángel
Álvarez de Eulate, Sofía
Bustamante Madariaga, Sonia
Eguíluz Uruchurtu, Iñaki

Querejeta Ayerdi, Imanol
Gatón Moreno, Aiala
Díaz Cosgaya, Aida
Rincón Garcés, Talía
Bravo Suárez, Elvira

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2013

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2009. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. N° Expediente 2009/01.

Este documento debe ser citado como:

Catalán A, González MA, Álvarez de Eulate S, Bustamante S, Eguíluz I, Querejeta I, Gatón A, Díaz A, Rincón T, Bravo E. *Alternativas a la hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Programas de seguimiento intensivo ambulatorio*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2013. Informe Osteba D-13-04.

Este documento está disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_13_04_hospi_psiq.pdf

Autor/a para correspondencia:

ana.catalanaalcantara@osakidetza.net

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Edición:	1ª. Mayo 2013
Tirada:	80 ejemplares
©	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud
Internet:	www.osakidetza.euskadi.net/osteba
Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Grafilur, S.A.. Cervantes etorb., 51 – 48970 Basauri (Bizkaia)
Impresión y encuadernación:	Grafilur, S.A.. Cervantes etorb., 51 – 48970 Basauri (Bizkaia)
ISBN:	978-84-457-3294-6
D.L.:	BI 443-2013

Investigador principal

Ana Catalán Alcántara. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia)

Miembros del equipo de investigación

Miguel Ángel González Torres. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Sofía Álvarez de Eulate. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Sonia Bustamante Madariaga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Iñaki Eguíluz Uruchurtu. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Bizkaia).

Imanol Querejeta Ayerdi. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Donostia. Donostia (Gipuzkoa).

Aiala Gatón Moreno. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Aida Díaz Cosgaya. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Talía Rincón Garcés. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Elvira Bravo Suárez. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Agradecimientos

Muchas personas han colaborado de alguna forma en la elaboración de este documento. Quienes figuran a continuación han participado especialmente, junto al equipo investigador, aportando documentos, datos y/o opiniones sobre el texto. Obviamente, los juicios y recomendaciones que se recogen en el documento reflejan la visión del equipo investigador y no necesariamente la de las personas señaladas.

Aranzazu Fernández Rivas. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Aranzazu Madrazo Maza. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Eduardo Ruiz Parra. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Eduarne Arístegui Ruesga. Hospital Galdakao-Usánsolo. Galdakao (Bizkaia).

Begoña Lejona Martínez de Lecea. Biblioteca Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Maite Rodríguez Fernández. Biblioteca Hospital Universitario Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Rubén de Pedro Ullate. Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao (Bizkaia).

Revisores externos

Dña. Beatriz Rodríguez Vega. Sº Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. (Madrid).

D. Fernando Lana Moliner. Sº Psiquiatría. Hospital Centro Asistencial Mira López. Sta Coloma de Gramanet (Barcelona).

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

Coordinación y Administración del Proyecto en Osteba

Asun Gutiérrez y Ana Belén Arcellares. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN	17
1.1. Introducción histórica	19
1.2. Componentes de un sistema de salud comunitario moderno	21
1.2.1. Sistemas de atención primaria con formación en salud mental	23
1.2.2. Red de salud mental	23
1.2.3. Servicios de salud mental especializados y diferenciados	24
1.3. Descripción específica de programas ambulatorios	25
1.3.1. Case management	25
1.3.2. Intensive case management	26
1.3.3. Tratamiento asertivo comunitario	27
1.3.4. Equipos de intervención en crisis	28
1.3.5. Hospitales de día	29
1.3.6. Programas de tratamiento intensivo en Bizkaia	30
1.4. Descripción de la Unidad de Seguimiento Ambulatorio Intensivo (USAI)	31
2. HIPÓTESIS	35
3. OBJETIVOS	39
4. MATERIAL Y MÉTODO	43
4.1. Revisión bibliográfica. Estrategia de búsqueda	45
4.1.1. Resultados de la búsqueda	46
4.1.2. Método de revisión	46
4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión	46
4.2. Puesta en marcha del programa	47
4.3. Recogida de datos	47
4.4. Análisis estadístico	48
5. RESULTADOS	49
5.1. Resultados de la búsqueda	51
5.1.1. Tratamiento ambulatorio o Case Mental Health Team (CMHT)	51
5.1.2. Case management	51
5.1.3. Equipos de intervención en crisis	54
5.1.4. Tratamiento asertivo comunitario y/o tratamiento case management intensivo	60
5.2. Resultados del estudio cuasi experimental USAI	65
5.2.1. Descripción de los datos sociodemográficos	66
5.2.2. Variables clínicas	66
5.2.3. Limitaciones	68
6. DISCUSIÓN	69

7. CONCLUSIONES	73
8. RECOMENDACIONES	77
8.1. Recomendaciones generales	79
8.2. Unidades de tratamiento intensivo ambulatorio	79
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	91
Anexo I. Ficha de datos	93
Anexo II. Impresión Clínica Global (CGI) del episodio	95
Anexo III. Cuestionario de satisfacción con el tratamiento	97
Anexo IV. Estudios excluidos	99

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA. PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO

Autores: Catalán A, González MA, Álvarez de Eulate S, Bustamante S, Eguíluz I, Querejeta I, Gatón A, Díaz A, Rincón T, Bravo E

Palabras clave: Tratamiento ambulatorio intensivo, tratamiento comunitario intensivo, trastorno mental severo, *case management*, tratamiento asertivo comunitario, intervención en crisis, seguimiento ambulatorio intensivo

Fecha: Diciembre 2012

Páginas: 100

Referencias: 80

Lenguaje: Castellano, resúmenes en castellano, euskera e inglés

ISBN: 978-84-457-3294-6

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha trabajado en favor de la integración del paciente con enfermedad mental severa en la comunidad, potenciándose los tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios. Se esperaba que esto sirviese a los pacientes para que viviesen en la comunidad de forma autónoma e independiente. Pero la realidad es que, los numerosos esfuerzos llevados a cabo por conseguir una red adecuada a las necesidades de los pacientes, se han visto pronto superados por la enorme demanda de tratamientos y la falta de especificidad de los mismos. Mediante la Unidad de Seguimiento Intensivo (USAI) se pretende ofrecer a la red de Salud Mental de nuestro entorno un dispositivo ambulatorio que complemente y refuerce los ya existentes.

OBJETIVOS

Entre los objetivos de este trabajo se encuentran los siguientes:

- Realizar una revisión sistemática sobre los dispositivos ambulatorios más empleados y su efectividad clínica y funcional.
- Disminuir el número de ingresos en los pacientes que acudan a un tratamiento ambulatorio intensivo específico.
- Ofrecer un apoyo a la red de Salud Mental Extrahospitalaria para aquellos pacientes que desbordan dicha red y son de complicado manejo. Favoreciendo la comunicación y colaboración con los dispositivos intra y extrahospitalarios de Salud Mental.
- Dar soporte tras el alta a los pacientes hasta que se incorporen a la red de Salud Mental Extrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de localizar artículos y documentos sobre los programas, servicios o modelos organizativos nacionales e internacionales llevados a cabo como alternativa a la hospitalización psiquiátrica en unidades de agudos. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos *Medline*, *Embase* y *PsycInfo* a través de la herramienta *on line Ovid*. Asimismo, se hizo una búsqueda en el Cochrane Central Register of Controlled Trials (CRCT) y se rastrearon las revisiones sistemáticas y metaanálisis de la Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) y su versión en castellano (Cochrane Library Plus). Se revisó también las bases de datos integradas en el CSIC concretamente el Índice Médico Español (IME) e Índice de Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC) y en las bases de datos del registro de Tesis Doctorales de las Universidades españolas (TESEO). La búsqueda se realizó en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 1 de octubre de 2011. La limitación de tiempo aunque arbitraria tiene como objetivo valorar los ensayos clínicos realizados con los recursos actualizados. Por razones evidentes, no obstante, se ha incluido estudios clásicos que se mencionan en las revisiones actuales realizadas sobre los distintos dispositivos.

Por otro lado, se ofertó un programa intensivo diseñado específicamente en función de sus necesidades y las de su entorno. Los pacientes recibieron cuidados propiamente hospitalarios (seguimiento clínico, toma de medicación, psicoeducación...), pero evitando el internamiento y con ello los estigmas propios del mismo. Se incluyó a todos aquellos pacientes en los que existía posibilidad de mejora en un tiempo razonable y para los que otros recursos no resultaron más apropiados (hospitalización, centros de día...). Todo ello en estrecha colaboración con la red de Salud Mental Extrahospitalaria. Como variable principal del estudio se utilizó el número de atenciones en urgencias, el número de ingresos y días por ingreso de los pacientes tras el tratamiento en un periodo de seguimiento de dos años.

Análisis económico: SI NO Opinión de expertos: SI NO

RESULTADOS

En la revisión sistemática de la literatura se obtuvieron un total de 2.928 referencias que cumplían con los criterios de búsqueda. Tras revisar todos los artículos encontrados en la búsqueda, se hizo una selección siguiendo los criterios señalados en el apartado criterios de inclusión. Se seleccionaron 20 artículos.

Respecto al programa puesto en marcha en nuestra unidad, un total de 164 pacientes, distribuidos por años de la siguiente manera: en 2009 fueron vistos 89 pacientes y en 2010, 75 pacientes fueron atendidos. Se observó que existían diferencias significativas antes y después de la intervención siendo el número de ingresos previos de media un 0,47 y el posterior de 0,14 ($p < 0,001$), así como una reducción en la media de días de ingreso que no resultó significativa (6,56 vs 3,06 días, $p = 0,3$, prueba «t» de student para muestras relacionadas). Como es de esperar se da una reducción significativa del CGI de inicio al final (4,05 vs 2,01, $p < 0,001$). En relación con el número de atenciones en el servicio de urgencias, también se obtuvo una disminución del número de asistencias en el SU de 1,44 veces a 0,29 de media ($p = 0,019$).

CONCLUSIONES

Los resultados de la eficacia sobre los distintos dispositivos ambulatorios son contradictorios. El hallazgo más significativo es la mejora en la calidad de vida de los pacientes y la satisfacción con el tratamiento recibido.

Si bien no puede achacarse al tratamiento ofertado la disminución de ingresos y atenciones en urgencias observada tras la aplicación de nuestro programa (al no tratarse de un ensayo clínico aleatorizado), los resultados son esperanzadores en este sentido.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: EGONALDI LABURREKO OSPITALIZAZIO PSIKIATRIKOAREN ORDEZKO AUKE-
RAK SEGIMENDU INTENTSIBO ANBULATORIOKO PROGRAMAK

Egileak: Catalán A, González MA, Álvarez de Eulate S, Bustamante S, Eguíluz I, Quereje-
ta I, Gatón A, Díaz A, Rincón T, Bravo E

Gako-hitzak: Tratamendu intentsibo ambulatorioa, tratamendu intentsibo komunitarioa,
trastorno mental larria, *case management*, tratamendu asertibo komunitarioa,
krisi-egoeran esku hartzea, segimendu intentsibo ambulatorioa

Data: 2012ko abendua

Orrialdeak: 100

Erreferentziak: 80

Hizkuntza: Gaztelania; laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-3294-6

SARRERA

Azken hamarkadetan lan handia egin da gaixotasun mental larria zuen pazienteak erkidegoan integratzeko, eta horretarako tratamendu ambulatorioak bultzatu dira ospitaleko tratamenduen ordean. Espero zen horrek pazienteei erkidegoan modu autonomo eta independentean bizitzeko balioko ziela. Baina benetan gertatu dena da pazienteen beharretara egokitutako sarea lortzen egindako ahalegina gaituztu egin dutela tratamendu-eskariak eta horietarako espezialitate faltak. Segimendu Intentsibo Ambulatorioko Unitatearen bidez (SIAU) gure inguruko osasun mentaleko sareari gailu ambulatorio bat eskaini nahi zaio, aurretik daudenak osatu eta indartzeko.

HELBURUAK

Hauek dira helburu esanguratsuenak:

- Sistematikoki aztertzea gehien erabiltzen diren gailu ambulatorioak eta horien eraginkortasun klinikoa eta funtzionala.
- Berriazko tratamendu intentsibo ambulatoriora jotzen duten pazienteen ospitaleratzeak gutxitzea.
- Ospitalez kanpoko osasun mentaleko sareari laguntzea, sare hori gaituztu dituzten eta maneiu errazak ez diren pazienteei laguntzeko. Hala, osasun mentaleko ospitalez kanpoko eta ospitale barneko gailuen arteko komunikazioa eta lankidetzak hobetuko da.
- Pazientei alta eman eta ospitalez kanpoko osasun mentaleko sarera sartu bitartean, sostengua ematea.

MATERIALA ETA METODOA

Literatura aztertu da sistematikoki, akutuen unitateetan ospitalizazio psikiatrikoaren ordeztu diren programa, zerbitzu eta antolaketa-eredu nazional eta nazioartekoei buruzko artikulua eta dokumentuak aurkitzeko. Bilaketa bibliografiko bat egin zen datu-base hauetan: *Medline*, *Embase* eta *PsycInfo*, *on line Ovid* tresna erabilia. Cochrane Central Register of Controlled Trials-en (CRCT) ere egin zen bilaketa, Cochrane Database of Systematic Reviews-eko (CDSR) azterketa sistematikoak eta metaanaliak ere arakatu ziren; gauza bera egin zen gaztelaniazko bertsioan ere (Cochrane Library Plus). CSIC-en jasotako datu-baseak ere aztertu ziren, zehazki, Espainiako Indize Medikoa (IME) eta Gizarte Zientzien eta Humanitateen Indizea (ISOC), bai eta Espainiako unibertsitateetako doktoretzatesien erregistroko datu-baseak (TESEO) ere. 2000ko urtarrilaren 1etik 2011ko urtarrilaren 1era bitarteko epean egin zen bilaketa. Denbora arbitrarioki mugatu bazen ere, helburu du eguneratutako baliabideekin egindako saiakuntza klinikoak balioestea. Ageriko arrazoiengatik, dena den, hartu dira kontuan gaur egungo azterketatan aipatzen diren zenbait gailuri buruzko azterketa klasikoak ere.

Bestalde, programa intentsibo bat eskaini zen, zeina espezifikoki diseinatu zen paziente horien eta inguruko beharren arabera. Pazienteek berez ospitaleko zainketak jaso zituzten (segimendu kliniko, medikamentuak hartzea, psikoheziketa eta abar), baina ospitalizazioa saihestu zen, eta horrekin, ospitalizazioak dakartzen berezko estigmak. Arrazoizko denbora batean hobetzeko aukera zuten paziente guztiak eta beste baliabide batzuk (ospitalizazioa, eguneko zentroak...) proposak izan ez zituztenak hartu ziren. Hori guztia egin zen ospitale kanpoko osasun mentaleko sarearekin lankidetzan arituz. Azterketaren aldagai nagusi gisa hauek hartu ziren: larrialdietan artatutakoen kopurua eta pazienteek, tratamendua jaso ondoren, bi urteko segimendu-epetan izandako ospitalizazio-kopurua eta ospitalizatuta igarotako egun-kopurua.

Ekonomia-analisia: BAI

(EZ)

Adituen iritzia: BAI

(EZ)

EMAITZAK

Literatura sistematikoki aztertu zenean, bilaketa-irizpideak betetzen zituzten 2.928 erreferentzia lortu ziren. Bilaketaren bidez aurkitutako artikulua guztiak aztertu ondoren, azterketaren barruan sartzeko irizpideen atalean adierazitako irizpideak betetzen zituztenak hautatu ziren. 20 artikulua hautatu ziren, guztira.

Gure unitatean abian jarritako programari dagokionez, 164 paziente hartu ziren, urteka banaturik, modu honetan: 2009an 89 paziente ikusi ziren, eta 2010ean 75 artatu ziren. Esku hartzearen aurretik eta ondoren alde nabarmenak zeudela ikusi zen; izan ere, aurretik izandako ospitalizazioak, batez beste, 0,47 ziren, eta ondoren, berriz, 0,14 ($p < 0,001$); era berean, ospitalizazio-egunen batez bestekoa ere gutxitu egiten zela ikusi zen, nahiz eta alde nabarmenik ez izan (6,56 vs 3,06 egun, $p = 0,3$, student-en «t» proba, erlazioatutako laginetarako). Espero izatekoa den moduan, CGI nabarmen gutxitzen da hasieratik bukaerara (4,05 vs 2,01, $p < 0,001$). Larrialdietako zerbitzuan artatutakoen kopuruari dagokionez ere, gutxitu zen nabarmen asistentzia-kopurua zerbitzu horretan; izan ere, batez beste 1,44 aldiz artatuzetik 0,29 aldira igaro zen ($p = 0,019$).

ONDORIAK ETA GOMENDIOAK

Kontraesanezkoak dira gailu ambulatorioen eraginkortasunari buruzko emaitzak. Aurkikuntza nabarmenena da hobetu egiten dela pazienteen bizi kalitatea, eta gustura geratzen direla jasotako tratamenduarekin.

Hala ere, gure programa aplikatu ondoren antzemandako ospitalizazio- eta larrialdietako arretakopurua gutxitzea ezin zaio egotzi eskainitako tratamenduari (ez delako saiakuntza kliniko ausazkoturik egin). Baina, hala eta guztiz ere, emaitzak itxaropentsuak dira.

STRUCTURED SUMMARY

Title: ALTERNATIVES TO SHORT STAY PSYCHIATRIC HOSPITALISATION. INTENSIVE AMBULATORY MONITORING PROGRAMMES

Authors: Catalán A, González MA, Álvarez de Eulate S, Bustamante S, Eguíluz I, Querejeta I, Gatón A, Díaz A, Rincón T, Bravo E

Keywords: Intensive ambulatory treatment, intensive community treatment, severe mental disorder, case management, assertive community treatment, intervention in crises, intensive ambulatory monitoring

Date: December 2012

Pages: 100

References: 80

Language: Spanish, abstracts in Spanish, Basque and English

ISBN: 978-84-457-3294-6

INTRODUCTION

Over recent decades, work has been done in favour of integrating patients with severe mental illnesses into the community, giving more emphasis to ambulatory treatments over hospital treatments. It was hoped that this would allow patients to live in the community in an autonomous and independent manner. But the reality is that despite the great efforts made in order to obtain an adequate network for the needs of patients, this has been overcome by the enormous demand for non-specific treatments. Through the Intensive Monitoring Unit (IMU), the aim is to offer the Mental Health network of our environment an ambulatory facility that complements and reinforces those already in existence.

OBJECTIVES

The aims of this study include the following:

- Carry out a systematic review of the most widely used ambulatory facilities and their clinical and functional effectiveness.
- Lower the number of admissions in patients seeking a specific, intensive ambulatory treatment.
- Offer support for the Out of Hospital Mental Health network to deal with those patients who exceed the capacity of such networks or are complicated to manage, by favouring communications and collaboration with In and Out of Hospital Mental Health mechanisms.
- Provide support for patients from the moment they are discharged until they are incorporated into the Out of Hospital network.

MATERIALS AND METHODS

A systematic review was made of the literature with the aim of locating articles and documents concerning the national and international programmes, services and organisational models carried out as an alternative to short stay psychiatric hospitalisation units. To do this, a bibliographical search was made of the following databases: Medline, Embase and PsycInfo through the Ovid on line tool. Likewise, a search was made of the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CRCT) and the systematic reviews and meta-analysis of the Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) and its Spanish version (Cochrane Library Plus) were screened. The databases integrated within the CSIC were also reviewed, namely the Spanish Medical Index (IME) and the Social Sciences and Humanities Index (ISOC) and the databases of the Doctoral Thesis register of Spanish universities (TESEO). The search was carried out during the period between January 1, 2000 and October 1, 2011. Although the time limitation was arbitrary, the aim was to assess the clinical tests carried out with up-to-date resources. However, for obvious reasons, the classical studies carried out on different types of facilities cited in current reviews, have been included.

On the other hand, an intensive programme designed specifically in accordance with their needs and those of its environment was offered. Patients were given the usual care received in hospital (clinical monitoring, intake of medication, psychoeducation, etc.), but admissions were avoided and with them the associated stigma. All those patients who showed signs of potential improvement within a reasonable period of time and for whom other resources were not more appropriate (hospitalisation, day centres, etc.), were included. All of this was done in close collaboration with the Out of Hospital Mental Health network. The number of cases of emergency care, the number of admissions and days per admission of patients following the treatment in a monitoring period of two years were used as the main variables of the study.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion: YES

NO

RESULTS

In the systematic review of the literature, a total of 2,928 references compliant with the search criteria were obtained. After reviewing all the articles found in the search, a selection was made following the criteria indicated in the inclusion criteria section. 20 articles were selected.

With regard to the programme initiated in our unit, there were a total of 164 patients with the following age distribution: In 2009, 89 patients were seen and in 2010, 75. It was observed that there were significant differences before and after the intervention, the average number of previous admissions being 0.47 and the number of later admissions 0.14 ($p < 0.001$) There was also an insignificant reduction in the average number of days of admission (6.56 vs. 3.06 days, $p = 0.3$ student «t» test for related samples). As might be expected, there was a significant reduction of CGI from beginning to end (4.05 vs 2.01, $p < 0.001$). With regard to the number of cases of care in the emergency service, a drop in the number of cases dealt with by the Emergency Services of 1.44 times to an average of 0.29 ($p = 0.019$) was obtained.

CONCLUSIONS

The efficiency results concerning the different ambulatory facilities are contradictory. The most significant finding is the improvement in the quality of life of patients and satisfaction with the treatment received.

Although the drop in admissions and number of cases of emergency care following the application of our programme cannot be attributed to the treatment offered (as it was not a randomised clinical trial), the results are helpful in this sense.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

En las últimas décadas y debido fundamentalmente a cambios socioculturales, políticos y de tratamiento, se ha favorecido para los pacientes con enfermedad mental una opción diferente a la hospitalización en centros psiquiátricos o *manicomios*, es el llamado *tratamiento ambulatorio o en la comunidad*. El éxito de esta medida ha sido irregular pero las políticas actuales de salud mental abogan en los países desarrollados por potenciar esta alternativa a la hospitalización, menos estigmatizante para el paciente y puede que con mayor coste beneficio. La variedad de alternativas de tratamiento comunitario es grande y cómo veremos, no en todos los casos se ha demostrado su eficacia y/o la mejora del pronóstico clínico y funcional de los pacientes.

El término seguimiento comunitario se viene utilizando para describir las intervenciones que consisten en acompañar al paciente con enfermedad mental en su medio de vida, ofrecerle ayuda para superar las dificultades que surgen a diario y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social. Desde esta óptica, la referencia a la noción de comunidad, cristaliza el deseo de hacer todo lo posible para sacar a las personas de la exclusión institucional o social e integrarlas plenamente en los procesos sociales normales para que encuentren un sentimiento de pertenencia, un dominio de su existencia mediante una reconquista de su poder de actuación, y un papel significativo en el seno de una sociedad que debería normalmente facilitar la integración de todos sus miembros para merecer ser designada con el término de comunidad (Hernández M, 2000).

En los años 60 y 70 este movimiento alcanzó su momento álgido, potenciándose la *desinstitucionalización* de pacientes con enfermedades mentales severas y cerrándose muchas de las camas en unidades para crónicos. Debido a este proceso, por un lado, disminuyó la población ingresada y, por el otro, se desplazó el foco de la atención sanitaria del hospital a la comunidad. El riesgo más común derivó de la fragmentación de los servicios, de la pérdida de globalidad en el tratamiento, además de la inevitable *puerta giratoria* (pacientes que ingresan una y otra vez en los hospitales sin hallar un dispositivo ambulatorio que se adecúe a sus necesidades).

El cambio sociopolítico que se inició en nuestro país a finales de los años 70 tuvo su consecuente reflejo en el ámbito sanitario. Reconocida la protección a la salud como un derecho constitucional, se requiere a las administraciones públicas que adopten las medidas necesarias para garantizarlo. Fue preciso poner en marcha una profunda reforma del sistema sanitario que terminó por dar lugar al actual Sistema Nacional de Salud (SNS), que formado por el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas y la administración del estado, ofrece en la actualidad una cobertura universal e integral de la salud en dos niveles de atención, primaria y especializada, de acuerdo con el espíritu de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril.

En el plano de la Salud Mental la reforma no fue menos urgente. Partíamos de una asistencia manicomial, con dispersión de competencias administrativas. En este contexto, se crea, por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983, la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En abril de 1985 se publica el informe elaborado por dicha Comisión. En él se contenían tres ejes: el primero proponía *un nuevo modelo de atención a la Salud Mental* orientado hacia la comunidad; el segundo lo constituían *las recomendaciones generales* para llevar a cabo el proceso de cambio, y el tercero explicitaba el compromiso de *vincular estos cambios* al movimiento global de reforma sanitaria. La transformación de los hospitales psiquiátricos era un elemento esencial, planteándose el conjugar la misma con el desarrollo de recursos alternativos sanitarios y de apoyo sociolaboral (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985).

Desde la elaboración del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985, han tenido lugar en España importantes cambios económicos, sociales, políticos y técnicos, y se han ido generando nuevas leyes que han completado el marco jurídico en el que se asientan las bases del SNS.

El inicio de la reforma sanitaria en España (con la aprobación de la Ley 14/1986, que suponía una expansión importante de los centros de atención primaria entre otras) coincide con un momento de balance y replanteamiento en el panorama internacional: a final de los setenta e inicio de los ochenta emerge un movimiento de opinión crítico con las reformas, poniendo en tela de juicio los logros de la *desinstitucionalización*. Se evidencia por entonces la ausencia de consenso entorno al proceso, por lo demás muy heterogéneo, con importantes diferencias según los países y distintos lugares de un mismo país. Las divergencias surgen en cuestiones tan elementales como los fundamentos legislativos, recursos financieros, humanos y materiales, y la provisión de servicios, sociales y sanitarios. Y es que como bien ha señalado Leonar Bacharch (Bacharch L, 1980), con un mismo término, *desinstitucionalización*, se han designado cuestiones bien distintas: a) un hecho, la salida de los hospitales de los pacientes crónicos; b) un proceso, la creación de nuevos dispositivos, y c) una filosofía, recae en la comunidad el tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental.

Algunos pacientes no encuentran su lugar en las nuevas redes (Turkat D, 1982). Emergen nuevos crónicos, *hiperfrecuentadores* de los servicios de salud, *enfermos mentales sin hogar*, *enfermos difíciles de ubicar...* a los que buscar nuevas soluciones (Stein L, 1993; Test MA, 1980).

Pronto se vio que los problemas que se habían pretendido evitar se reproducían en la comunidad: aislamiento, desempleo, estigmatización, discriminación... y se trató de buscar alternativas eficaces y desarrollar programas específicos de seguimiento.

En 1973 se inauguró el Servicio de Psiquiatría en el Hospital de Basurto que en aquel momento constaba de consultas extrahospitalarias, Psiquiatría Infantil y Psiquiatría de Enlace. Algo más tarde en 1977 se inició el Hospital de Día de Basurto. Este dispositivo fue el primero de este tipo en funcionar en España junto con el puesto en marcha por el Dr. Esteban Acosta en la Cruz Roja de Madrid. El quinquenio siguiente (1971-1976) estuvo marcado por el intento de poner en práctica los dispositivos asistenciales intermedios, los recursos terapéuticos sofisticados y las actividades formativas propuestas por el modelo norteamericano de la Psiquiatría de Comunidad (Guimón J, 2008).

En 1983 concluyó la redacción de un plan definitivo para nuestra comunidad, que fue publicado y ampliamente difundido (Ajuriaguerra de J, 1983). El plan, en definitiva, suponía una asistencia descentralizada, sectorial, con continuidad de cuidados del mismo equipo al mismo paciente, desviando el centro de gravedad institucional antes centrado en el Hospital Psiquiátrico hacia el Hospital General y hacia la comunidad.

En lo que se refiere a Bizkaia, los Hospitales de Zaldívar y Bermeo habían sido abandonados en su mantenimiento y se cerraron en ellos numerosas dependencias, lo que dejó a la población a finales de los años 80 con un índice de 0,8 camas por 1.000 habitantes (en 2008 fue del 0,5 según datos de EUSTAT). Esta situación propició el auge de los nuevos dispositivos orientados al tratamiento en la comunidad de los pacientes con trastorno mental grave. En consecuencia, los efectos que se habían observado en otros lugares con la *desinstitucionalización* indiscriminada de los enfermos se comenzaron también a observar en nuestra provincia: prolongadas listas de espera de pacientes para ingreso en los hospitales, presencia en la comunidad de enfermos inadecuadamente asistidos... Los centros que se crearon con la denominación de módulos fueron impulsados y organizados por los propios profesionales. Más tarde se homogeneizaron y financiaron ya más regularmente los Módulos Psicosociales. Al comienzo de 1984 se produjo la transferencia de los centros psiquiátricos de la Diputación a Osakidetza. Para 1992 se había desarrollado la red de consultas ambulatorias, se habían convertido en mixtas las unidades de corta y media estancia de los hospitales psiquiátricos de Zaldívar y Bermeo e in-

tegrado de forma definitiva en Osakidetza los recursos permanentes del INSALUD, y también desde 1990 casi todos los módulos psicosociales, con lo que la integración de la salud mental era ya prácticamente total (Guimón J, 2008).

De manera más reciente dos hechos fundamentales han actuado como agentes dinamizadores de cambio. El primero de ellos lo constituye la Declaración sobre Salud Mental para Europa, que considera la Salud Mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta declaración insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en Salud Mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social.

Estas estrategias han de estar sustentadas en la potenciación de la atención comunitaria y de las redes integrales de cuidados y han de tener como objetivos prioritarios la lucha contra el estigma y la discriminación, el fomento de la inclusión social y la protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas (OMS, 2005).

El segundo de los hechos, de naturaleza más cercana, tiene que ver con el hecho de que el Ministerio de Sanidad y Consumo se encargue del proyecto para elaborar la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Este documento de consenso ha sido elaborado por dicho ministerio y está apoyado por las comunidades autónomas, un comité de expertos (representado por las sociedades científicas y profesionales) y la confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental. En él se pretenden establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones a alcanzar que contribuyan a mejorar la calidad de las intervenciones y resultados en la Salud Mental de la población. En lo que atañe a los trastornos mentales graves, se señala que su evolución y pronóstico dependen del tipo de atención que reciben. Al hilo de lo anterior se realizan en el mismo documento recomendaciones concretas acerca del acceso precoz a la rehabilitación, el desarrollo de planes individualizados e integrados de tratamiento, y el impulso de programas de continuidad de cuidados y tratamiento asertivo en la comunidad.

La última hasta el momento reestructuración de los servicios de Salud Mental en nuestra provincia se ha producido durante el año 2011 agrupando en un mismo organismo, la Red de Salud Mental Extrahospitalaria, a todos los recursos salvo las unidades de agudos psiquiátricos de los Hospitales Generales.

1.2. COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO MODERNO

Como mencionábamos en la introducción, en los años 60 las democracias liberales adoptaron políticas que favorecían el cuidado de los pacientes con enfermedad mental en la comunidad. Muchos de los hospitales psiquiátricos de larga estancia fueron cerrados y los pacientes derivados a servicios ambulatorios para su seguimiento. Pronto se comprobó que existía una alta tasa de reingresos de estos pacientes y se vio que estos servicios resultaban menos eficaces de lo que se había previsto para este tipo de enfermos. El cierre de los hospitales de larga estancia propició la *desinstitucionalización* de pacientes con enfermedades mentales severas, surgiendo así la necesidad de crear recursos apropiados para estas personas generalmente con problemas importantes de relación y dificultades en sus habilidades sociales, que se vieron repentinamente inmersos en la comunidad. Todo ello generó el desarrollo de programas de tratamiento comunitario que entre otros objetivos se proponían realizar un tratamiento lo más cercano posible al entorno del paciente, evitando su hospitalización en la medida de lo posible.

En 2008 la OMS publicó en su Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental que el 14 % de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad, podía atribuirse a los trastornos mentales, esto supone una cifra mayor que la que se atribuye a las enfermedades cardiovasculares (10,3 %) y al cáncer (5,3 %). Sin embargo, los presupuestos dedicados por los distintos países a la Salud Mental están muy por debajo de lo que se dedican a otras patologías.

Como se ha comentado anteriormente, de forma histórica, la respuesta de los servicios de salud a la enfermedad mental se ha dividido en tres periodos: el auge de los hospitales psiquiátricos, el declive de éstos y la reforma de los servicios de Salud Mental. En el tercer periodo se fijaron los objetivos de tratamiento en base a servicios comunitarios para proveer a los pacientes de un tratamiento cercano a su red social que se centrara no solo en la mejora de los síntomas, sino en el manejo de las dificultades que este tipo de pacientes pueden presentar en sociedad. Así surgieron los equipos de Salud Mental Comunitarios (Community Mental Health Team, CMHT en sus siglas en inglés). Estos dispositivos en teoría, son capaces de ofertar un tratamiento específico a cada paciente basado en sus necesidades individuales en la comunidad. Se descentralizó así el tratamiento de los hospitales psiquiátricos. Se ha sugerido que en algunas áreas, lejos de integrar al paciente en la sociedad, este proceso ha llevado a la formación de guetos para pacientes psiquiátricos, justo lo contrario a lo que se pretendía inicialmente.

Quizá la mejor definición de CMHT generales es la del profesor Graham Thornicroft: «un equipo de salud mental multidisciplinar que tiene la responsabilidad de proveer la evaluación, el tratamiento y los cuidados especializados a una población definida a menudo por pertenecer a un área geográfica determinada...; dicho equipo generalmente provee de todas las funciones necesarias del especialista incluidas la valoración inicial de pacientes adultos derivados de otros equipos, las consultas del equipo de primaria para el manejo de los pacientes, el inicio de tratamiento durante el debut y en las fases tempranas de la enfermedad y la continuidad de cuidados de pacientes con enfermedades crónicas. Los equipos generales pueden ser completados por equipos más especializados por ejemplo de intervención precoz, tratamiento asertivo comunitario (TAC)... pero ellos proveen la mayor parte de cuidados específicos de salud mental a la mayoría de pacientes».

En 2007 la Cochrane realizó una revisión sobre la eficacia de los tratamientos CMHT en las personas con enfermedad mental grave en comparación con intervenciones no comunitarias (Malone D, 2007). Se excluyeron de dicha revisión los equipos de intervención precoz, el *case management*, los equipos de intervención en crisis y los tratamientos asertivos comunitarios por tener características específicas. Se incluyeron ensayos clínicos controlados y aleatorizados hasta 2006. 80 estudios fueron excluidos por no ser aleatorizados o hacer referencia a otro tipo de intervenciones. Finalmente fueron incluidos tres estudios (Burns T, 1993; Merson S, 1992; Tyrer P, 1998) con un total de 587 pacientes tratados. En ninguno de esos estudios la disponibilidad del equipo fue de 24 horas y no había restricción en el número de casos por profesional (al contrario que en el tratamiento asertivo y *case management*). En los tres estudios el diagnóstico de esquizofrenia fue el más frecuente, existiendo sólo una minoría, los pacientes con trastornos neuróticos. Los tres estudios incluidos fueron llevados a cabo en Reino Unido.

Se trataba en todos los casos de estudios realizados por equipos multidisciplinarios. Las intervenciones incluían la prescripción de fármacos y su monitorización, diferentes tipos de intervenciones psicológicas y hacían un especial hincapié en la continuidad de cuidados. Se concluyó que los equipos de CMHT podían reducir el número de suicidios, los ingresos hospitalarios y el número de días que el paciente permanece ingresado, pero no se destacaron diferencias en cuanto al pronóstico del estado mental o el funcionamiento social del paciente. Hay que tener en cuenta que aunque estos resultados no resultaron definitivos y se recomendó la realización de más estudios, las conclusiones en general son positivas para este tipo de intervenciones. En los países desarrollados, la realización de estos trabajos presenta un reto metodológico, puesto que prácticamente existen en todos los servicios de salud intervenciones comunitarias y no es posible pues utilizar un grupo control adecuado.

Las diferencias entre los distintos sistemas de salud varían ampliamente dependiendo del presupuesto que cada país invierte en salud. Así, en Europa existen unos 5,5-20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, mientras que en África disminuye la cifra hasta los 0,05 psiquiatras/100.000 habitantes. Aproximadamente el 5-10 % del presupuesto total en sanidad se destina a la salud mental en Europa (WHO Project Atlas). Por ello, en función del presupuesto de los distintos países podemos encontrar-

nos con estructuras diferentes, que dependerán también de la formación y preferencia de sus trabajadores y de la tradición del lugar. Podemos distinguir los siguientes tipos de sistemas de salud.

1.2.1. Sistemas de atención primaria con formación en salud mental

En los países con bajo presupuesto es común que los facultativos de atención primaria sean los responsables de reconocer y tratar los trastornos mentales.

1.2.2. Red de salud mental

En los países en los que existen las redes de salud mental extrahospitalarias bien definidas, la atención primaria sigue tratando una buena parte de los trastornos por ansiedad y depresión. Estos sistemas incluyen el seguimiento específico por un responsable que se encargue de coordinar el caso, monitoree la adherencia al tratamiento y el pronóstico de los pacientes, modifique el plan de tratamiento si el pronóstico no mejora y derive al paciente al especialista si es necesario (Von Korff M, 2001). Entre los componentes de estos sistemas tenemos:

- *Las clínicas o centros ambulatorios:* estos pueden variar dependiendo de si los pacientes pueden ser derivados por otros especialistas o pueden acudir por ellos mismos; del horario de atención fijo o más flexible; si sólo atienden médicos o personal de otras disciplinas; de la forma de pago; de los métodos usados para aumentar la atención; de cómo el clínico responde a los pacientes que no acuden; de la frecuencia y duración del contacto. Este tipo de clínicas son relativamente eficaces porque proveen a la población de centros accesibles de tratamiento.
- *Equipos de intervención comunitaria-Community Mental Health Team (CMHT):* el modelo más simple para ofrecer tratamiento a las comunidades es ofertar equipos no especializados que puedan ofrecer un amplio rango de intervenciones dando prioridad a los adultos con enfermedad mental severa distribuidos en un área geográfica determinada. Existen beneficios claros con la introducción de este tipo de equipos multidisciplinarios. Pueden aumentar la adherencia terapéutica con los servicios, aumentar la satisfacción del cliente, mejorar el cumplimiento a los tratamientos... a pesar de que algunos estudios hablan de su ineficacia en la mejora de los síntomas o la función social (Simmonds S, 2001).
- *Case management:* es un método en el que se coordinan y reparten las tareas del cuidado de los pacientes, más que una intervención clínica per se, y se ha demostrado que puede ser útil dentro de los sistemas de salud mental comunitarios. Se ha descrito (Thornicroft G, 1991) como un estilo de trabajo de coordinación, integración y asignación del cuidado con recursos limitados. Se sabe que aumenta la satisfacción de los usuarios y mejora la continuidad de los cuidados pero más dudoso es su impacto en las tasas de ingresos.
- *Unidades de agudos:* en ocasiones los pacientes siguen necesitando contención hospitalaria: personas que necesitan una valoración médica urgente, con enfermedades mentales y físicas severas comórbidas, con recaídas psiquiátricas graves o alteraciones del comportamiento severas, con riesgo de suicidio o heteroagresión... Actualmente existe un consenso sobre la necesidad de la existencia de las camas para ingresos agudos, pero el número de camas disponibles en cada área varía en función de la existencia de otros servicios en la zona y de las características culturales y sociales del entorno. Generalmente, la hospitalización absorbe la mayor parte del presupuesto en salud mental, por lo que reducir el número de días por estancia suele convertirse en una meta importante si el dinero ahorrado puede invertirse en otros recursos. La instauración de estas unidades de agudos en hospitales ge-

nerales surgió en un intento de hacer este tipo de ingresos más humanos y menos estigmatizantes para los pacientes.

- *Cuidados residenciales comunitarios de larga estancia*: dispositivos de larga estancia integrados en la comunidad para aquellos pacientes que padecen enfermedades mentales severas e incapacitantes. Cuando la *desinstitucionalización* se realiza con cuidado, los beneficios de este grupo de pacientes que han estado ingresados en centros de larga estancia es claro, el pronóstico es mejor en la mayoría de los casos (Shepherd G, 2001). Existe menos evidencia de su utilidad en aquellos pacientes que nunca han estado institucionalizados por largos periodos.
- *Empleo*: existen centros y talleres de día para pacientes psiquiátricos crónicos.

1.2.3. Servicios de salud mental especializados y diferenciados

En las áreas con recursos más amplios se incluyen servicios más especializados como por ejemplo, las unidades de trastornos de la alimentación, unidades de patología dual, las unidades que tratan mujeres con enfermedad mental con hijos, los equipos de primeros episodios psicóticos, las unidades de tratamiento para trastornos de la personalidad... Se componen de los siguientes recursos:

- *Equipos de salud mental especializados*; dos tipos han sido especialmente desarrollados y estudiados:
 - Los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario-Assertive Community Treatment Teams (TAC): proveen un tratamiento específico y móvil a personas con enfermedad mental severa. Sus ventajas son una reducción en el número de los ingresos hospitalarios, una mejora en el alojamiento y la ocupación y una mayor satisfacción del paciente con este servicio. A pesar de ello, no se ha podido demostrar que este tratamiento mejore el estado mental o el pronóstico social de los pacientes. Y aunque es capaz de reducir el número de ingresos psiquiátricos, el presupuesto económico global no se reduce. Además, no parece ser igualmente efectivo en los países que poseen altos niveles en la continuidad de los cuidados, como por ejemplo en el Reino Unido, que en los que no.
 - Los equipos de intervención precoz: este tipo de tratamiento se ha implementado en los últimos años, sobre todo para el seguimiento de los primeros episodios psicóticos. Una reciente revisión de la Cochrane de 2011 (Marshall M, 2011) no ha encontrado evidencias definitivas para recomendar la implantación precoz de estos programas.
- *Alternativas a la hospitalización*:
 - Hospitales de día: programas de tratamiento diario para aquellos pacientes con enfermedades mentales severas como una alternativa a la hospitalización.
 - Casas de crisis: son casas ubicadas en la comunidad con personal entrenado en salud mental cuyo objetivo es evitar la hospitalización de pacientes que se encuentran ante una crisis vital importante o una descompensación psicopatológica de su enfermedad de base.
 - Tratamiento en casa y equipos de resolución de crisis: proveen de tratamiento en los momentos de crisis en el mismo domicilio del paciente. Este tipo de tratamiento puede también reducir el número de días que el paciente pasa hospitalizado.
- *Alternativas a las residencias de larga estancia en la comunidad*; existen tres categorías:
 - Residencias de 24 horas.

- Residencias de día.
- Pisos de bajo nivel de supervisión.
- *Alternativas al empleo*: promueve el empleo en trabajos normales con seguimiento del paciente.

En nuestra comunidad nos encontraríamos integrados en el punto 1.2.3. (Servicios de salud mental especializados y diferenciados) ya que contamos con Unidades de Agudos en Hospitales Generales, Unidades de Subagudos y Rehabilitación en Hospitales monográficos, una amplia red de centros de salud mental ambulatorios, equipos especializados en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, patología dual, primeros episodios psicóticos, trastornos de la personalidad, hospitales de día, TAC, pisos protegidos... entre otros.

1.3. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE PROGRAMAS AMBULATORIOS

Veamos con mayor detenimiento algunos de los programas mencionados con anterioridad por su mayor implantación y difusión en el tratamiento de las enfermedades mentales crónicas.

1.3.1. Case management (CM)

El denominado *manejo de casos o case management* (Holloway F, 1998) en su denominación anglosajona fue inicialmente introducido en el sistema de salud norteamericano en la década de los 70 como un mecanismo de coordinación entre los diversos sistemas comunitarios existentes en aquel momento (Intagliata J, 1982). Existe un coordinador del caso denominado *case manager*. Lo que lo diferencia del tratamiento estándar es el hecho de que cada equipo tiene 20 o menos pacientes a su cargo (esta cifra puede variar en función de los equipos). Pero lo cierto es que no existe un consenso sobre la dinámica de este tipo de tratamiento para los enfermos mentales graves y aunque se ha implantado en muchos países desarrollados no existe una definición estándar. Algunos programas se limitan a la coordinación y derivación del paciente a los diferentes servicios requeridos (*brokerage*) y apenas tienen contacto directo con el paciente.

Pero la experiencia ha demostrado que en los pacientes con enfermedades mentales graves esto es insuficiente. Los pacientes requieren apoyo directo y evaluación de sus necesidades con la formación de una buena relación médico paciente (*case management* clínico). Aunque los modelos del CM pueden variar, los aspectos fundamentales del programa se basan en una relación de respeto y confianza con el paciente proporcionando un continuo apoyo a éste incluso cuando sus necesidades varíen y requieran otros servicios.

A cada paciente se le asigna un case manager encargado de valorar las necesidades del paciente, desarrollar un plan de cuidados, llevar a cabo los cuidados necesarios, evaluar la calidad de las intervenciones aplicadas y mantener el contacto con sus pacientes (Holloway F, 1991).

Robinson y Toff-Bergman en 1989 dividieron los programas de CM existentes en EEUU y Canadá en diferentes tipos a fin de clarificar sus características (Robinson GK, 1989):

- *Brokerage*. También llamado generalista. A menudo el case manager no es un trabajador de la red de salud mental. Fue el primer programa de este tipo en ser desarrollado. Se encarga exclusivamente de derivar al paciente al recurso especializado que se considera más apropiado para él.
- *Clinical case management*. Hace hincapié en la formación del terapeuta y sus habilidades terapéuticas. En sus inicios fue de tendencia psicodinámica. El terapeuta se hace cargo del tratamiento global del paciente.

- *Case management intensivo (CMI)*. Enfatiza la importancia de la baja carga de pacientes por terapeuta y la frecuencia de los contactos. Se desarrollará en el punto 1.3.2. con más detalle.
- *Tratamiento asertivo comunitario*. Su desarrollo ha sido tal que se verá con más detenimiento en el punto 1.3.3. de este apartado.
- *The strengths model*. Se centra en reforzar las habilidades del paciente más que en sus déficits. Identifica los recursos de la comunidad y las situaciones en las que el paciente puede obtener cierto éxito y las potencia.
- *El modelo rehabilitador*. Basado en intentar paliar o mejorar las deficiencias de cada paciente. Este programa comienza con una valoración funcional para identificar los déficits de cada paciente a fin de crear un plan rehabilitador específico para él.

El objetivo principal de todos estos modelos es el mismo, *ayudar al paciente con una enfermedad mental a vivir en la comunidad de la forma más integrada posible*. De forma específica se pretende mantener la adherencia de los pacientes al tratamiento, reducir la frecuencia y duración de los ingresos hospitalarios y consecuentemente los gastos derivados y mejorar el pronóstico clínico, social y funcional de los pacientes.

Al igual que no existe un modelo aceptado globalmente y aplicado de forma uniforme, el equipo que atiende a los pacientes varía según las distintas regiones. No obstante, suelen ser equipos multidisciplinarios con amplia experiencia en el tratamiento del enfermo con patología mental. Por lo general, los equipos constan de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería y/o terapeutas ocupacionales. Tampoco hay nada descrito sobre el tipo específico de intervenciones que ofrecen, existiendo programas que dan cobertura las 24 horas y otros sólo en horarios predeterminados. La variedad de programas específicos ha dificultado sobremanera la posibilidad de comparar la eficacia de los distintos tratamientos.

Desde que hace ya tres décadas se iniciaron este tipo de programas, numerosos estudios han tratado de determinar su eficacia en términos de un mejor pronóstico clínico y social para los pacientes, una mayor adherencia a los tratamientos, una mayor calidad de vida, una mejor adaptación a la comunidad, una mayor satisfacción por parte de los usuarios y una menor necesidad del uso de camas de hospitalización (con la reducción teórica en el gasto sanitario que esto supondría). Se ha demostrado que los pacientes multifrecuentadores del Servicio de Urgencias y aquellos con dificultades para adherirse a los tratamientos se benefician de este tipo de programas (Burns T, 2007; Holloway F, 1998; b Marshall M, 2000), aunque no está tan claro que este beneficio se extienda al pronóstico clínico y funcional. En los últimos años se ha abogado por ir remplazando el CM por el TAC que al parecer ha demostrado mejores resultados.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que en un meta-análisis llevado a cabo en el año 2000 por Marshall y col. se describieron tasas mayores de ingresos en comparación con el tratamiento estándar en pacientes tratados en estos dispositivos (b Marshall M, 2000) aunque es probable que errores metodológicos alteraran los resultados (diferentes definiciones de los programas evaluados...). Más adelante se detallarán los resultados de esta revisión y sus implicaciones.

1.3.2. Intensive Case Management (ICM) o Case management intensivo

En este modelo se pueden englobar parte de los profesionales de los equipos de rehabilitación y de *strengths*. Existe una alta frecuencia de contacto con el paciente, una alta integración en la comunidad, una baja carga de casos, una cobertura 24 horas y la práctica está basada en la comunidad. Está orientado a las necesidades de los pacientes y otorga prioridad a las actividades que puedan evitar la hospitalización.

En algunos países, este término engloba el tratamiento asertivo comunitario. Sin embargo, se diferencia de éstos en la baja carga de pacientes, de 10-20 por equipo. Es una aproximación específica al CM

que incluye reuniones diarias de los equipos, disponibilidad las 24 horas, y un equipo multidisciplinar con psiquiatras integrados. Existe también la figura del *case manager* encargado de valorar las necesidades de cada paciente y asegurarse de que éstas se cumplen. Sobre el beneficio en el número de ingresos de esta forma de tratamiento, los estudios han arrojado datos contradictorios. Un metaanálisis reciente (Burns T, 2007) señaló que para pacientes con alta tasa de reingresos este tratamiento puede ser útil, sin embargo, en aquellos casos en los que la tasa de reingresos es baja no se observaron beneficios.

1.3.3. Tratamiento asertivo comunitario

Este modelo se centra en el manejo y la reducción de los síntomas y combina el aprendizaje de habilidades con el manejo clínico y el apoyo del paciente. Se trata de un modelo de CM que proporciona un equipo multidisciplinar de profesionales que incluyen psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, especialistas en búsqueda de empleo con una cobertura de 24 horas, siete días a la semana en la mayoría de los casos.

Este tipo de tratamiento surgió como una alternativa al ingreso psiquiátrico para pacientes con enfermedad mental severa y fue diseñado por Stein y Test en Wisconsin (Stein L, 1980). Se basó en los modelos de tratamiento en el domicilio. Es el modelo de CM más replicado y evaluado. Se ha especializado en pacientes con enfermedad mental severa y con una peor adherencia a los tratamientos pero para los que resulta imprescindible mantener el seguimiento psiquiátrico.

Una revisión de la Cochrane publicada en el año 2000 (e Marshall M, 2000) concluyó que el TAC mostraba numerosas ventajas sobre los tratamientos estándar, tales como mejorar la adherencia de los pacientes con los servicios de salud, reducir los reingresos y los números de días en el hospital, mejoras en el empleo y alojamiento, así como una mayor satisfacción de los pacientes con el servicio. No se encontraron diferencias, sin embargo, en relación con la severidad de la psicopatología o el nivel de funcionamiento de los pacientes, pero se hallaron beneficios en la reducción de los costes de los ingresos. Sin embargo, publicaciones más recientes (Lambert M, 2010; Sytema S, 2007) han fallado a la hora de replicar dichos hallazgos, incluso cuando se trata de estudios controlados y aleatorizados. La mejora en la adherencia en el seguimiento y la satisfacción con el servicio ha sido considerada como un hallazgo positivo.

Una de las posibles explicaciones a este hecho es que los llamados cuidados estándar se han desarrollado en los últimos años incorporando ciertos aspectos del tratamiento asertivo en el funcionamiento habitual, por lo que las diferencias entre ambos tratamientos se han visto disminuidas. Además, en algunos trabajos el grupo control de tratamiento estándar no ha sido bien definido. Otra explicación posible es que la variable resultado más frecuente, el número de ingresos, sea complicada de disminuir cuando los pacientes acceden a una cama sólo en el caso de que estén muy enfermos y son dados de alta antes de la completa estabilización. En una sociedad que tiene muy presente la reducción de ingresos como un objetivo primordial, esta variable puede ser muy difícil de disminuir.

Para tratar de solucionar algunos de estos problemas metodológicos en 2010 Botha y col. (Botha UA, 2010) llevaron a cabo un ensayo clínico en Sudáfrica, donde los recursos ambulatorios son más precarios que en Europa o EEUU y la puesta en marcha de un programa de estas características puede conducir a un mejor pronóstico para este tipo de pacientes. Hallaron mejoras en la tasa de reingresos, la psicopatología y el nivel de funcionamiento de los pacientes. El impacto de este recurso puede ser mayor pues en países donde los recursos ambulatorios estén menos desarrollados.

Se ha demostrado que cuando la población diana son los pacientes con múltiples ingresos sí se reducen los costes de tratamiento disminuyendo el número y la duración de los ingresos (e Marshall M, 2000). Sin embargo, en un estudio aleatorizado llevado a cabo en 2006 en Londres no se hallaron diferencias con respecto a la eficacia clínica, el número de ingresos o el pronóstico social frente al tratamiento en la comunidad en un grupo de 251 pacientes (Killaspy H, 2006). El único beneficio encon-

trado fue la mayor satisfacción del usuario. Se han mencionado diversas razones para estos hallazgos, por un lado, la falta de homogeneidad de los pacientes que acuden a este tipo de tratamiento, por otro, la falta de experiencia de los equipos clínicos, el tipo de intervención aplicada...

La revisión de la Cochrane de 2011 (d Marshall M, 2011) sobre este tipo de tratamiento y su eficacia ha sido retirada recientemente. Mostraba resultados dispares, no se podía demostrar un mejor pronóstico clínico y funcional, parecía haber inicialmente una disminución de los costes en los hospitales pero no en el presupuesto global y, existía una mayor satisfacción en el usuario cuando se lo compara con el CM. Pero en general, los resultados resultaron poco robustos.

La bibliografía sobre el CM refleja la considerable confusión cuando se trata de distinguir entre los cuatro modelos descritos anteriormente. Algunos revisores engloban bajo el mismo nombre intervenciones distintas o viceversa y esto complica sobremedida la comparación entre intervenciones. Aunque sobre el papel existen diferencias filosóficas y estructurales, en la práctica las diferencias a menudo son borrosas. Actualmente, la mayoría de los programas son híbridos que no cumplen las definiciones estrictas de ninguno de los programas.

1.3.4. Equipos de intervención en crisis

Uno de los mayores problemas de los dispositivos comunitarios es que cuentan con pocos recursos para enfrentar el tratamiento de pacientes que se encuentran en fase de descompensación o en crisis. Si bien los centros de tratamientos ambulatorios proveen tratamientos a medio y largo plazo a los enfermos con enfermedades mentales crónicas graves, en la mayoría de los casos no cuentan con recursos específicos para el abordaje de las descompensaciones de dichos pacientes que tradicionalmente se han visto derivados a los servicios de urgencias ambulatorios u hospitalarios.

En muchas situaciones estas *crisis* derivan en ingresos de contención para evitar que el paciente se dañe a sí mismo o dañe a otros. Tras esta contención el ciclo suele ser de nuevo el mismo, siendo derivados a los centros ambulatorios de seguimiento. Sin embargo, en los últimos años la mayor oferta de dispositivos y/o tratamientos en la comunidad ha supuesto una importante inversión que puede derivar en la disminución del uso del ingreso como método de contención. Hablamos, en concreto de los dispositivos de TAC, desarrollado en el punto anterior y los equipos de intervención en crisis de los que trataremos en este punto.

Ya en los años 70 se introdujeron equipos más específicos de intervención en crisis para tratar dichas crisis dentro de la comunidad y de forma secundaria disminuir en la medida de lo posible las hospitalizaciones o al menos reducir el número de días que el paciente permanece ingresado. Este tipo de equipos surgieron para tratar las crisis (entendemos por *crisis* el estrés producido por eventos que pueden sobrepasar los mecanismos defensivos de una persona tales como el duelo, la enfermedad física grave...) en personas sanas. Teniendo en cuenta que las personas con enfermedad mental pueden tener los recursos personales más frágiles, los estresores pueden producir con cierta facilidad una recaída de su enfermedad basal para lo que los recursos de tratamiento de estos equipos de intervención en crisis podrían resultar útiles.

Idealmente se trata de equipos multidisciplinares, disponibles las 24 horas del día, cuyo tratamiento implica generalmente consejo, apoyo psicoterapéutico y ayuda práctica con los problemas cotidianos para el paciente y las familias. Cuando la crisis ha cedido los pacientes son derivados a otros dispositivos de seguimiento. El objetivo de los equipos de intervención en crisis es prevenir en lo posible la hospitalización, evitar un mayor deterioro de los síntomas del paciente y mejorar el estrés del paciente y la familia en la situación de crisis (Thomas CS, 1970).

Desde su inicio hasta hoy los equipos de tratamiento de este tipo han sufrido un gran desarrollo y en algunos países cumplen un papel fundamental a la hora de tratar a los pacientes con enfermedades

mentales graves (como Australia, por ejemplo). Estos programas incluyen equipos móviles de intervención en crisis, equipos de crisis hospitalarios, en centros de día y residenciales. Su rápido desarrollo podría sugerir que ha resultado una forma útil de tratamiento. Existe numerosa bibliografía que defiende que este tipo de intervenciones son capaces de disminuir el número de ingresos, son coste efectivas y, además, reducen el estigma de la hospitalización para el paciente y la familia (Hoult J, 1986). Para revisar la eficacia de los modelos de intervención en crisis en comparación con los tratamientos estándar se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en forma de meta-análisis en 2006 por Irving y col. (Irving CB, 2006). También se comparó la eficacia de dicho modelo con los centros de día y los equipos de intervención en crisis hospitalarios. Se encontraron con la dificultad de que ninguno de los estudios revisados incluían estrategias exclusivas de intervención en crisis existiendo una definición heterogénea para la intervención aplicada, por lo que los resultados eran difícilmente comparables. Las intervenciones variaban desde la asistencia telefónica 24 horas hasta la disponibilidad del equipo para acudir al domicilio del paciente. No se pudo llegar a un resultado concluyente sobre la eficacia de la intervención y su utilidad para mejorar el funcionamiento global del paciente, la disminución de las hospitalizaciones y los días de estancia.

1.3.5. Hospitales de día (HD)

Son los últimos dispositivos estrictamente sanitarios que se incorporan a la red de recursos que configuran la asistencia en salud mental. Bajo esta nomenclatura se agrupan dispositivos muy diferentes tanto por el tipo de actividades que se realizan como por el tipo de paciente al que se dirigen. Un grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) definió en 2009 los hospitales de día como «un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad... donde la utilización del tiempo y del espacio es terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, es un trabajo en equipo interdisciplinar con diferentes recursos...» al menos el paciente debe permanecer en HD 20 horas a la semana.

Este tipo de dispositivos pueden ser una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario. Tienen la ventaja de evitar la interrupción de la vida del paciente. Además, el tratamiento se realiza en un ambiente menos

Tabla 1. Resumen de las principales características de los tratamientos comunitarios intensivos.

Programa	Brokerage	Clinical case management	Stregths	Rehabilitación	TAC	Case management intensivo	USAI
Proporción paciente/staff	1:50	1:30	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10	Sin definir
Seguimiento	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto
Cobertura 24 horas	No	No	No	No	A menudo	A menudo	No
Frecuencias de contactos	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto
Lugar de contactos	Ambulatorio	Ambulatorio	Comunidad	Ambulatorio/comunidad	Comunidad	Comunidad	CCEE del Hospital U. Basurto
Integración del tratamiento	Baja	Moderada	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta
Población diana	Pacientes con enfermedad mental severa	Pacientes con enfermedad mental severa/usuarios	Pacientes con enfermedad mental severa/usuarios	Pacientes con enfermedad mental severa/usuarios			

MODELO DE TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD. Modificado de Mueser, K; Bond, GR; Drake, RE; Resnick, SQ. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. Schizophrenia Bull.1998; 24(1):37-74.

restrictivo y se reduce el estigma asociado a la hospitalización. Los HD pueden resultar más adecuados para paciente jóvenes con historia psiquiátrica corta y con suficiente apoyo familiar y social (Bowman EP, 1993). Los pacientes permanecen una media de cinco horas diarias y, generalmente, se ofrecen terapias individuales, manejo de la medicación, actividades grupales y entrevistas familiares. Parece que los HD son capaces de disminuir el número de ingresos en las unidades de agudos.

Para concluir diremos que si bien en un inicio se trató de comparar los diferentes modelos de tratamiento intensivo con el tratamiento estándar de la comunidad o los diferentes modelos entre sí, pronto se comprobó la dificultad metodológica de esta tarea. Las razones son simples, puesto que no existe una única definición estándar aceptada por todos para cada una de las intervenciones arriba descritas. De hecho, muchos de los objetivos, las terapias aplicadas y el personal implicado se solapan entre sí. Como consecuencia de esto, a veces, intervenciones distintas se engloban bajo el mismo epígrafe y, otras veces, intervenciones iguales son denominadas de diferente forma.

Probablemente esto, entre otras razones, haya tenido como consecuencia el hallazgo de resultados tan dispares entre sí y la falta de consenso a la hora de encontrar beneficios en la disminución de ingresos y sobre todo en la mejora clínica y funcional de los pacientes. Es por eso que, recientemente el énfasis de los trabajos de investigación se ha puesto en la descripción de los elementos que componen el servicio, la implementación del programa y la fidelidad para la consecución de las diferentes metas del programa, más que en demostrar una mejora en el pronóstico clínico y funcional frente al tratamiento estándar.

Por otro lado, los Servicios de Salud Mental se han desarrollado de tal manera que el tratamiento estándar ha asumido muchos de los aspectos de los tratamientos específicos.

1.3.6. Programas de tratamiento intensivo en Bizkaia

a) *Programa de tratamiento asertivo comunitario en Bizkaia.* (Información obtenida del documento informativo para profesionales)

Puesto en marcha recientemente cuenta con cuatro equipos móviles (Bilbao, Margen Izquierda, Margen derecha y Comarca Interior) cada uno de los cuales cuenta con un psiquiatra como coordinador de los diferentes servicios. Asimismo los equipos cuentan con personal de enfermería y asistente social. Entre sus objetivos se encuentran: preparar al paciente para que viva en su entorno natural y para que participe de ese entorno en la misma medida que el resto de los ciudadanos; la cobertura debe procurar la máxima individualización, una intervención rehabilitadora que aspire a implicar en ella a los pacientes y que debe ser entendida como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente además de tratar los síntomas. La relación con el paciente debe ser asertiva, es el propio equipo quien ofrece la atención al paciente, tratando de persuadirle de que su calidad de vida puede mejorar. Se trata de conseguir la máxima autonomía y responsabilidad del usuario dentro de lo tolerable por él. La implicación del paciente en el proceso de rehabilitación es activa. Se considera a la familia como un factor primordial en la rehabilitación del paciente, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental. Los diagnósticos incluidos en el programa son: esquizofrenia, trastorno paranoide, TAB, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo grave. Otros criterios de inclusión son: antecedentes de mala adherencia al tratamiento comunitario estándar, hospitalizaciones repetidas, abandonos reiterados del tratamiento, funcionamiento psicosocial precario. Las fases de intervención son las siguientes: derivación del caso, entrevista de acogida, fase de «enganche» y entrevistas de evaluación, y diseño del Plan Terapéutico Individual de Rehabilitación.

b) *Grupo post-alta del Hospital Universitario de Cruces-Barakaldo*

Llevado a cabo desde hace varios años, este recurso consiste en un grupo diario abierto (de lunes a viernes) de una hora de duración en el que participan una enfermera, un psicólogo y un psiquiatra.

Promueve la integración del paciente en su entorno tras la hospitalización favoreciendo su reintegración en los servicios ambulatorios. Es un recurso útil también para aquellos pacientes en crisis con el objetivo de evitar hospitalizaciones. No existen restricciones de diagnóstico ni de permanencia de tiempo en el programa.

c) Tratamiento intensivo post alta hospitalaria del Hospital de Galdakao-Usansolo

Se trata de un recurso hospitalario que trata de proporcionar un grado de atención intermedio entre la hospitalización total y el seguimiento ambulatorio y promover cambios en el paciente que permitan una mejor adaptación a su medio y protección frente a síntomas de la enfermedad mental. Como beneficio se obtiene la posibilidad de agilizar las altas de la hospitalización y evitar los ingresos desde el Servicio de Urgencias y CSM y mejorar la atención clínica inmediata al alta hospitalaria evitando así reingresos precoces. Es un dispositivo de hospitalización parcial, menos restrictivo que la hospitalización total que ofrece un tratamiento más intensivo y estructurado que el ambulatorio con un plan terapéutico individualizado con mayor implicación del paciente en su tratamiento en un tiempo de estancia limitado. Se realiza en horario de mañana ofreciendo diversas terapias e incluye comedor. No excluye ningún diagnóstico psiquiátrico.

1.4. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO (USAI)

La Unidad de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (USAI) está ubicada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Basurto en el pabellón de consultas externas y cuenta con una psiquiatra a cargo de las consultas ambulatorias, un psiquiatra para la terapia grupal, una psicóloga, una enfermera y un residente de psiquiatría en cuanto a recursos humanos se refiere. El espacio físico se compone de dos consultas médicas y una sala de grupos. La actividad asistencial se engloba dentro de la actividad diaria de las consultas externas del hospital y los pacientes pueden asimismo beneficiarse de todos los recursos (personales y de espacio) de los que se componen las mismas. A pesar de ser un dispositivo hospitalario existe una gran coordinación con los servicios ambulatorios de zona, a los que se les presentó el proyecto previamente a su introducción. Además, cada caso es coordinado con el psiquiatra de área responsable del paciente.

Es posible derivar a los pacientes susceptibles de ser candidatos a tratamiento en esta unidad desde cualquiera de los siguientes dispositivos: desde el servicio de urgencias del propio hospital, desde cualquier Centro de Salud Mental de Área (CSM), desde las mismas consultas externas hospitalarias, desde la hospitalización psiquiátrica o desde otros dispositivos de la red que puedan considerar esta alternativa como beneficiosa para el paciente.

La entrevista inicial corre a cargo de la psiquiatra de la unidad, en ella se valora si el paciente cumple los requisitos de inclusión en el programa y se esbozan los principales objetivos del tratamiento, que son siempre individualizados y en función de las necesidades del propio paciente. El proceso se coordina con el terapeuta del paciente que será quien continúe el seguimiento cuando termine la intervención específica. Es imprescindible la coordinación de todo el proceso con los terapeutas de la zona puesto que este dispositivo es dinámico y pretende conseguir unos objetivos concretos en un tiempo limitado, tras lo cual si el paciente requiere seguimiento se deriva nuevamente a su CSM.

La intervención es llevada a cabo de lunes a viernes en horario de 8 a.m.-15 p.m. Para la inclusión de pacientes los siguientes criterios de inclusión fueron tenidos en cuenta:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Cualquier diagnóstico psiquiátrico DSM IV TR salvo dependencia a una sustancia de forma activa.
- Situación de crisis o descompensación psiquiátrica.

Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- Pacientes con dependencia activa a sustancias.
- CI < 70 o enfermedad física o neurológica incapacitante.
- Conocimiento insuficiente del castellano.
- Planes de suicidio estructurados (no se excluye la ideación suicida).
- Criterios de ingreso psiquiátrico urgente.

Existen dentro de la unidad dos tipos de terapia grupal. Dichas terapias se ofertan a los pacientes de la USAI una vez conseguida la estabilidad clínica cuando se considera que pueden beneficiarse de dicho recurso para mantenerse estables. Por un lado, contamos con la terapia grupal para trastornos de la personalidad con frecuencia bisemanal y que cuenta con dos terapeutas a cargo. Existen dos grupos para este tipo de pacientes que se desarrollan los lunes y miércoles o los martes y jueves.

Por otro lado, existe un grupo de pacientes con trastorno psicótico crónico desarrollado quincenalmente. Los objetivos de ambos grupos están orientados a los pacientes a los cuales se dirigen y así como las intervenciones individuales, cuentan con objetivos concretos y un diseño adaptado a las necesidades de estos dos grupos de pacientes. A continuación se describen brevemente ambas terapias. Los pacientes que han recibido terapia grupal quedarán fuera del análisis estadístico posterior.

Grupo 1: terapia bisemanal para pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad severo.

Se trata de una terapia grupal bisemanal de una hora de duración llevada a cabo por dos terapeutas. Es un grupo abierto y como criterio de inclusión se requiere que el paciente cumpla criterios de trastorno de la personalidad severo (en su mayoría trastorno límite de la personalidad aunque no exclusivamente) que no cumplen criterios de ingreso y se encuentran en fase de estabilidad clínica. Los grupos constan de unos 8-12 miembros.

Grupo 2: terapia quincenal grupal para pacientes con trastorno psicótico crónico.

Se trata de un grupo quincenal establecido en el manual de psicoterapia llevado a cabo por el Dr. Eduardo Ruiz-Parra (Ruiz-Parra E, 2010). Se basa en un enfoque integrador modificado asumiendo las propuestas del enfoque integrador de Kanas y ampliadas con las nuevas aportaciones surgidas a lo largo de estos años. De forma resumida se podría decir que el enfoque integrador se ve modificado de la siguiente forma:

- Enfoque psicoeducativo/cognitivo-conductual: se añade el uso de estrategias cognitivas, conductuales y de modificación del input sensorial. Esto nos permite un abordaje más activo de este tipo de sintomatología.
- Enfoque psicodinámico/análisis grupal: se analiza la influencia positiva que el enfoque grupal tiene sobre las dificultades en la relación terapéutica. La comprensión de la relación entre el miembro individual y el grupo como un todo nos permite un máximo aprovechamiento de los factores terapéuticos específicos del grupo.
- Enfoque interpersonal: la inclusión de una elaboración por parte de los miembros del grupo de las dificultades en las relaciones interpersonales que presentan en su vida cotidiana en el presente, fuera del grupo, se nos demuestra menos amenazante y más fructífera que un análisis de las dificultades interpersonales dentro del grupo (sin excluirlo completamente).

El modelo que presentamos, que definiremos como Modelo Integrador Modificado, lo hemos venido aplicando a pacientes en distintos niveles de gravedad y evolutivos del trastorno psicótico, actual-

mente se lleva a cabo en pacientes en fase de estabilización y en la fase de mantenimiento de la enfermedad.

El grupo puede incluir hasta un máximo de 12 miembros. Es un grupo homogéneo, es decir, los pacientes se seleccionan en base al diagnóstico de psicosis. Se trata de un grupo abierto. Los temas son decididos por los propios pacientes siendo esta es una diferencia con el enfoque psicoeducativo clásico. De este modo se favorece que los pacientes prioricen sus preocupaciones principales y no queden limitados por una serie de temas predefinidos de antemano. Las únicas condiciones son que los temas suplan sus necesidades como afectados y que no sean considerados temas generadores de un nivel de tensión emocional no manejable por los miembros del grupo, lo cual depende en parte de las características de los pacientes incluidos y del momento evolutivo del grupo. Los temas a evitar son los siguientes: relacionados con la ira y la agresión, aquellos relacionados con la orientación y la identidad sexual y aquellos temas en los que se espera una polarización inamovible de los miembros (políticos, religiosos...). Nunca se hará referencia a aspectos inconscientes, aunque sean especialmente evidentes.

Tanto en el caso del tratamiento individual como del grupal, una vez alcanzados los objetivos propuestos, se puede proceder a dar de alta al paciente o bien volver a derivarlo a un dispositivo ambulatorio apropiado.

2. HIPÓTESIS

1. La demanda de tratamiento ambulatorio psiquiátrico supera los recursos ofertados por la red, por lo que en ocasiones se producen internamientos que podrían ser evitados con una mayor disponibilidad de los centros asistenciales ambulatorios.
2. La puesta en marcha de programas ambulatorios específicamente adaptados a cada paciente puede mejorar la satisfacción del paciente con el recurso e incluso mejorar su pronóstico a corto plazo así como optimizar el tratamiento de pacientes incluidos en las redes de Salud Mental.
3. Si se oferta un recurso adaptado a las necesidades de cada paciente se favorece la participación del paciente y la familia en el tratamiento.

3. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Realizar una revisión sistemática sobre los dispositivos ambulatorios más empleados y su efectividad clínica y funcional.
2. Valorar la realidad y las necesidades de nuestro entorno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir el número de ingresos en los pacientes que acudan a un tratamiento ambulatorio intensivo específico.
2. Evitar ingresos y favorecer altas tempranas: proporcionar a los pacientes y a las familias cuidados similares a los que se obtienen en una unidad de agudos (toma de medicación, consejos sobre el manejo de la enfermedad, control diario de sintomatología...).
3. Ofrecer un apoyo a la red de Salud Mental Extrahospitalaria para aquellos pacientes que desbordan dicha red y son de complicado manejo, favoreciendo la comunicación y colaboración con los dispositivos intra y extrahospitalarios de Salud Mental.
4. Dar soporte tras el alta a los pacientes hasta que se incorporen a la red de Salud Mental Extrahospitalaria.
5. Proveer al paciente de estrategias para entender, afrontar y manejarse con su enfermedad en la comunidad.
6. Potenciar la continuidad de cuidados tras el alta y verificar la adhesión del paciente a los distintos tratamientos.
7. Interesarse activamente por mantener a los pacientes en el programa.

4. MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo consta de dos partes bien diferenciadas. En primer lugar, la revisión sistemática de la literatura sobre los programas ambulatorios específicos. Y en segundo lugar, la puesta en marcha de un estudio cuasi experimental que se ha llevado a cabo tras la implantación de la Unidad de Seguimiento Ambulatorio Intensivo (USAI) en el Hospital Universitario Basurto.

En el primer caso, la pregunta clave es si estos dispositivos ambulatorios son más eficaces que el tratamiento estándar para el tratamiento del paciente con enfermedad mental.

En el segundo caso, si la USAI de forma específica es capaz de disminuir el número de ingresos, los días de hospitalización y las atenciones en el Servicio de Urgencias (SU) por paciente.

4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En la primera parte del informe se enumeran los diferentes dispositivos asistenciales comunitarios en salud mental existentes, con sus características, objetivos y eficacia. Aunque no es el objetivo de este trabajo realizar una revisión sistemática de la literatura de todos y cada uno de ellos, se ha realizado una revisión exhaustiva de la bibliografía existente basándose principalmente en los tres dispositivos ambulatorios mejor definidos: el CMHT, el *case management* y sus dos subtipos (TAC e ICM) y los equipos de intervención en crisis.

La estrategia de búsqueda en este tema se enfrenta a dificultades específicas debido al hecho de que no existe una definición estándar de las diferentes alternativas de tratamiento ambulatorio existente. Y en lo que a nuestro conocimiento respecta, ninguna cuenta con las características específicas de la Unidad de Seguimiento Ambulatorio Intensivo (que describiremos con posterioridad).

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de localizar artículos y documentos sobre los programas, servicios o modelos organizativos nacionales e internacionales llevados a cabo como alternativa a la hospitalización psiquiátrica en unidades de agudos. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos Medline, Embase y PsycInfo a través de la herramienta *on line* Ovid. Asimismo se hizo una búsqueda en el Cochrane Central Register of Controlled Trials (CRCT) y se rastrearon las revisiones sistemáticas y metaanálisis de la Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) y su versión en castellano (Cochrane Library Plus). Se revisó también las bases de datos integradas en el CSIC concretamente el Índice Médico Español (IME) e Índice de Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC) y en las bases de datos del registro de Tesis Doctorales de las Universidades españolas (TESEO).

Finalmente, se han utilizado buscadores como Google, Google Scholar y Google Books para completar el resultado.

La búsqueda se realizó en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 1 de octubre de 2011. La limitación de tiempo aunque arbitraria tiene como objetivo valorar los ensayos clínicos realizados con los recursos actualizados. Por razones evidentes, no obstante, se han incluido estudios clásicos que se mencionan en las revisiones actuales realizadas sobre los distintos dispositivos.

La elección de estas fuentes se debió a sus diferentes características que podían hacerlas complementarias a la hora de responder adecuadamente a la pregunta de investigación planteada. Si bien MEDLINE esta sesgada hacia la recogida de artículos médicos en inglés, publicados predominantemente en Norteamérica y Canadá; EMBASE recoge en mayor número referencias de artículos en otros idiomas y con un origen geográficamente más amplio; PsycINFO recopila referencias sobre programas psicoterapéuticos de forma más exhaustiva.

En la base de datos del IME e ISOC se realizó una búsqueda amplia introduciendo todos los términos posibles del lenguaje natural.

Los términos utilizados para la búsqueda de TESEO fueron: alternativa a la hospitalización, y tratamiento ambulatorio intensivo (limitado al área de la psiquiatría y la psicología).

Persiguiendo la exhaustividad utilizamos en la búsqueda los siguientes términos en las distintas bases de datos:

- (((psychiatric intensive outpatient programm or intensive *case management* or assertive community treatment or intensive community treatment or crisis intervention) and psychiatry) not adolescent not child not dual pathology not eating disorder not forensic patient not substance abuse not addiction not PTSD not somatic disease).af.
- limit 1 to yr= 2000-Current.
- remove duplicates from 2.

A través de una herramienta informática de gestión de referencias bibliográficas eliminamos los artículos duplicados encontrados en las búsquedas.

Por último, se rastrearon las referencias bibliográficas de los artículos que cumplieron los criterios de inclusión en busca de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, meta-análisis o documentos en general relacionados con el tema de investigación que pudieran no haber sido detectados con los criterios de búsqueda anteriores, lo que nos permitió incluir estudios previos al año 2000.

Todos los artículos revisados se encontraban en inglés, castellano, francés o alemán. El resto de idiomas fue excluido de la revisión debido a la limitación del equipo de investigación.

4.1.1. Resultados de la búsqueda

Se obtuvieron de esa forma un total de 2.928 referencias que cumplieran con los criterios de búsqueda.

Tras revisar todos los artículos encontrados en la búsqueda, se hizo una selección siguiendo los criterios señalados en el apartado criterios de inclusión. Se seleccionaron 19 artículos.

4.1.2. Método de revisión

Para seleccionar los artículos que fueron incluidos en la revisión se revisaron los títulos y todos los resúmenes de las referencias encontradas y, en caso de duda, se consultó el propio artículo.

4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron los artículos de ensayos clínicos aleatorizados y con grupo control, metaanálisis y revisiones sistemáticas que evaluaban la efectividad de las intervenciones comunitarias con las siguientes características:

- Intervenciones para pacientes con trastornos mentales llevadas a cabo en la comunidad.
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años.
- Equipos multidisciplinares.

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- No cumplir los criterios de inclusión.
- Ensayos clínicos no aleatorizados o sin grupo control.

- Tratamientos específicos para pacientes con patología dual, TCA, TEPT, unidades forenses, unidades de intervención en psicosis precoz, TAB, TLP, demencia, pacientes sin hogar (cuando la intervención se basaba en buscar alternativas residenciales).
- Unidades de tratamiento intensivo llevadas a cabo dentro de la unidad de agudos.
- Descripción de una única intervención específica psicológica y/o farmacológica no englobada dentro de un equipo de atención específico.
- Intervenciones exclusivamente telefónicas.

4.2. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA

El programa USAI comenzó su andadura en enero del 2009. Previamente se dio a conocer en el propio servicio y en los centros ambulatorios de la zona.

El diseño del estudio fue el de una intervención clínica aplicada (psicológica y/o farmacológica) a un grupo de pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que fueron valorados antes de la intervención y posteriormente a ella, es decir, un estudio cuasi experimental antes y después en el que se valoró la eficacia de la intervención en relación con el número de ingresos y días de ingreso, la satisfacción del usuario medida mediante el cuestionario CSQ 8 y, el estado clínico del paciente medido mediante la escala de Impresión Clínica Global o CGI.

4.3. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos fue retrospectiva, se comenzó el 1 de septiembre de 2011. Se creó una plantilla a tal efecto (ver anexo I) donde se recogieron las principales variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, convivencia y situación laboral), la procedencia de la solicitud de tratamiento, los antecedentes psiquiátricos previos (ingresos, número de días ingresado y atenciones en el servicio de urgencias), el diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento, el tipo de intervención llevada a cabo, la fecha de inicio y de alta de la intervención, la derivación al alta, el número de consultas realizadas, el estado psicopatológico del paciente mediante la escala CGI inicial y final (ver anexo II) y el consumo de tóxicos. El método de recogida fue a través de la revisión de las historias clínicas de cada paciente. En el momento de inclusión en el programa se informó a los pacientes de su posible inclusión en el estudio para lo cual otorgaron su consentimiento verbal. Cuando algunos de los datos no fue encontrado en la historia clínica se procedió a contactar telefónicamente con los pacientes para completar la información, así como la escala de satisfacción CSQ 8 (ver anexo III). Se recogieron los datos de aquellos pacientes atendidos durante 2009 y 2010. La evolución de los pacientes en relación con el número de ingresos y atenciones en urgencias fue seguida hasta diciembre de 2011.

Posteriormente se elaboró una base de datos en spss versión 19 para el análisis estadístico de los datos.

Como variable resultado se eligió, por un lado, la tasa de ingresos y el número de días ingresados en el año previo a la intervención en el caso de los pacientes incluidos en 2010 (dos años en el caso de aquellos incluidos en 2009). Por otro lado, se valoró la eficacia clínica a través de la escala de Impresión Clínica Global y la satisfacción del usuario mediante la escala CSQ 8. Dichas escalas fueron valoradas por un psiquiatra diferente al que aplicó la intervención.

4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se procedió al análisis descriptivo de la muestra. Para la comparación de la media de ingresos y días de ingreso (variables cuantitativas) se utilizó una prueba «t» de student para muestras relacionadas, asumiendo la distribución normal de la variable y una prueba *chi cuadrado* para las variables cualitativas.

Asimismo se procedió al análisis de los datos de los pacientes que no habían acudido al tratamiento o bien lo habían abandonado, y se procedió a comparar sus características sociodemográficas con aquellos pacientes que habían completado la intervención o bien continuaban en ella. Se usaron pruebas no paramétricas para muestras independientes para las variables cuantitativas y la *chi cuadrado* para aquellas variables cualitativas.

5. RESULTADOS

A continuación vamos a exponer los resultados del trabajo. Por un lado, se detallarán aquellos resultados obtenidos de la búsqueda sistemática de la bibliografía. Nos centraremos en cuatro dispositivos de la red comunitaria de salud mental (como mencionábamos en el apartado de material y método): los CMHTs, los equipos de intervención en crisis, el *case management* intensivo y el tratamiento asertivo comunitario. El motivo por el que se ha elegido estos dispositivos en concreto es que comparten algunas de las características de la USAI aunque no se ajustan a nuestra intervención específica.

Por otro lado, se enumerarán los resultados del estudio de forma pormenorizada.

5.1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

5.1.1. Tratamiento ambulatorio o Case Mental Health Team (CMHT)

Una revisión de la Cochrane en 2007 (Malone D, 2007) revisó el efecto de los CMHT comparado con el manejo de los pacientes en equipos no comunitarios para personas con enfermedad mental grave. Se incluyeron sólo ensayos clínicos aleatorizados. Ningún diagnóstico psiquiátrico fue excluido. Se analizaron los estudios publicados hasta el 1997. Fueron incluidos tres estudios, todos ellos realizados en Inglaterra (Burns T, 1993; Merson S, 1992; Tyrer P, 1998). Aunque solo se halló una tendencia, se vio que los CMHT podían disminuir el número de muertes por suicidio, tenían menos ingresos, mayor uso de los servicios sociales y mayor grado de satisfacción con el tratamiento por parte del usuario. No se pudieron hallar diferencias con respecto al funcionamiento social o mental de los pacientes.

A medida que los tratamientos ambulatorios se han ido especializando en distintas intervenciones, resulta prioritario valorar si la intervención nuclear (el tratamiento ambulatorio *per se*) resulta o no útil, por lo que los estudios sobre el CMHT exclusivamente ha quedado en segundo plano. No se conocen hasta la fecha otros ensayos clínicos aleatorizados sobre este tipo de intervenciones.

5.1.2. Case management

El *case management* incluye las funciones de evaluar las necesidades psicosociales del paciente, planificar el cuidado individual, derivar al paciente cuando sea necesario a los servicios adecuados, monitorizar el plan de cuidados, funciones de apoyo, evaluar el estado mental de los pacientes durante todo el proceso, la adherencia al tratamiento farmacológico y la monitorización de sus posibles efectos adversos, el mantenimiento de la relación terapéutica y el consejo.

Existe una falta de claridad sobre el modelo de cuidado que refleja cada uno de los términos empleados, y como ya se ha comentado, aunque se aplique determinada etiqueta a un programa es muy frecuente que comparta características propias de otros modelos. En estas condiciones, la comparación entre los diferentes modelos resulta complicada y, a veces, incluso imposible.

5.1.2.1. Estudios incluidos

En 1998 (e Marshall M, 2000) Marshall y col. publicaron una controvertida revisión de la Cochrane que concluyó que este tipo de intervención ambulatoria no sólo no disminuía el número de ingresos de los pacientes si no que los doblaba con una evidencia escasa de que pudiera además mejorar el funcionamiento social o el estado mental de los pacientes. Literalmente la conclusión fue la siguiente: «en resumen, el *case management* es una intervención de cuestionable valor hasta el punto de que es dudoso que se deba ofrecer por los servicios psiquiátricos comunitarios». Las críticas que se le realizaron a esta revisión fueron múltiples, entre otras, que se podía estar valorando personal con poca experiencia y que, además, no se explicaban convenientemente las intervenciones aplicadas como para poder llegar a conclusiones tan definitivas. Además, en algunos estudios, no se incluyeron determinados do-

minios pronósticos como por ejemplo, los días de ingreso. En la revisión se incluyeron 11 ensayos clínicos. Ante este resultado tan demoledor, por un lado, y desmoralizante por otro, en 2000 se publica una revisión que utilizando los mismos criterios llega a conclusiones bien distintas (Ziguras SJ, 2000).

El *case management* engloba varios tipos de programas como hemos visto con anterioridad (TAC, de fortalezas, rehabilitadores, generales, intensivo, brokerage...). Se sabe que aunque en la teoría las diferencias entre unos y otros equipos son claras, en la práctica puede ser difícil establecer las diferencias. Marshall y col. distinguieron para su revisión el TAC de otras intervenciones incluyendo en este grupo una amplia gama de intervenciones basadas en el tratamiento comunitario. Para el TAC se vio que los pacientes ingresaban en menor medida y mantenían mayor adherencia a los servicios frente al tratamiento estándar, presentaban también mejor pronóstico en el alojamiento, el empleo y la satisfacción con el tratamiento. Para otros modelos de *case management*, sin embargo, sólo se pudo alcanzar conclusiones en dos dominios del pronóstico: los pacientes en el *case management* ingresaban más que los que eran tratados con intervención estándar y mantenían una mayor adherencia a los servicios de salud mental.

Ziguras y col. hicieron la misma revisión pero ampliando los criterios de búsqueda para poder incluir mayor número de estudios y de dominios pronósticos. Se revisaron todos los artículos publicados entre 1980 y 1998 de tratamiento para adultos con diagnóstico de psicosis, trastorno afectivo, trastorno de la personalidad (TP) o trastorno de ansiedad. Se incluyeron 44 estudios. Hallaron que el *case management* es generalmente efectivo en mejorar el pronóstico de los pacientes en cuanto al funcionamiento social, clínico y la satisfacción de pacientes y familiares. Los resultados directamente contradecían a los de Marshall y col. Además, si bien es cierto que el número de ingresos parecía aumentar, disminuía el número de días de estancia en el hospital. Aunque el número de ingresos en el *case management* era mayor que en el tratamiento estándar, los ingresos eran más cortos por lo que el total de días en el hospital se veía reducido. El coste total se vio así disminuido en los dos tipos de intervenciones de *case management*.

Entonces, ¿por qué estas diferencias entre una y otra revisión? Marshall incluyó solamente ensayos clínicos aleatorizados y controlados mientras que Ziguras incluyó también los estudios cuasi-experimentales con grupo control. El impacto de incluir estos estudios en el tamaño del efecto se analizó mediante estudios de sensibilidad y se vio que no se habían sesgado los resultados. Además, Marshall excluyó todos los dominios de pronóstico que no habían sido previamente analizados por otros, mientras que Ziguras los incluyó. Marshall también excluyó todos los estudios con datos de distribución no normal que no habían sido analizados con pruebas no paramétricas mientras que en el segundo caso no se hizo.

Idealmente sólo los ensayos clínicos se incluyen en los metaanálisis pero cuando los datos de los que se dispone no son suficientes para llegar a una conclusión, la inclusión de estudios no aleatorizados puede estar justificada, especialmente si se utilizan métodos estadísticos para controlar las posibles variables de confusión.

En un estudio llevado a cabo en Suecia (Bjorkman T, 2002) no se hallaron diferencias entre el *case management* basado en la fortaleza del paciente y el tratamiento estándar en relación con el pronóstico clínico y social a los tres años, pero resultó que los pacientes del primer grupo (N= 33 vs 44) reducían más los días de ingreso y estaban más satisfechos con el programa. Se trataba de un ensayo clínico aleatorizado.

En 2008 (Lichtenberg P, 2008) se publica un estudio centrado en pacientes con al menos tres hospitalizaciones previas en los dos años anteriores que son aleatorizados a tratamiento *case management* (N= 122) o a tratamiento estándar (N= 95) y, además, se incluyó un tercer grupo con los pacientes que no quisieron participar o no fueron localizados (N= 153). El seguimiento se prolongó durante un año. No se hallaron diferencias entre los tres grupos en los días de ingreso hospitalario y el número de ingresos, sin embargo, se mejoró la tasa de ocupación laboral, la vivienda, las relaciones sociales y familiares y, en general, el grado de salud y actividad del grupo *case management*. El hallazgo de una mejora subjetiva en los pacientes es importante a pesar de que no se hayan disminuido los ingresos.

Para concluir, en definitiva, parece que a pesar de la disparidad de resultados podemos decir que el *case management* es eficaz a la hora de reducir el número de ingresos y, sobre todo, a la hora de producir beneficios secundarios a los pacientes tales como la satisfacción con el servicio obtenido.

En 2004 se realiza una revisión sistemática (Wright C, 2004) basada en los tratamientos centrados en ofrecer intervenciones al paciente en casa (home treatment) como criterio de inclusión. Se trataba de intervenciones comunitarias no residenciales cuyo objetivo fuera mantener al paciente alejado del tratamiento hospitalario. El objetivo de este trabajo era dilucidar qué factores de las intervenciones terapéuticas tenían mayor peso a la hora de mejorar la efectividad de la intervención. Se incluyeron 91 estudios (56 ensayos clínicos y 25 no) realizados en los 30 años anteriores. Se planteó una encuesta a los autores para valorar los componentes asistenciales de las intervenciones que pueden ayudar a mejorar el pronóstico del paciente. Los autores de todos los estudios incluidos fueron localizados para adquirir datos sobre los componentes del servicio y la sostenibilidad. El 60 % de los autores respondió a la encuesta. Las visitas regulares al domicilio se asociaron significativamente con el número de casos por profesional, y de forma lógica, con una mayor proporción de contactos en el domicilio. Existía una asociación entre las visitas regulares en el domicilio y la responsabilidad para el cuidado de la salud y social (no estadísticamente significativa). A su vez, el cuidado social y de la salud se relacionaba con el hecho de tener integrado a un psiquiatra en el equipo y también con el hecho de ser un equipo multidisciplinar (aunque no significativamente). Aunque estamos todavía lejos de sugerir una taxonomía para el tratamiento domiciliario, este estudio anima a formar un grupo de profesionales que se asocia con la efectividad clínica y que puede ser importante a la hora de la configuración del servicio. En cuanto a la sostenibilidad, sólo el 44 % de los investigadores que respondieron a la encuesta mantenían la intervención del estudio activa. Incluso el 40 % de los equipos disueltos lo hicieron antes de la publicación de sus resultados. Como cabía esperar, aquellos equipos que consiguieron reducir la tasa de ingresos se mantenían en mayor medida, pero la relación no fue absoluta. Sólo se puede especular con las causas de este hecho. Una de ellas puede ser el rápido cambio en las políticas de salud mental. Aunque los programas que persistían mantenían la mayor parte de sus componentes claves, se vio que las diferencias entre estos programas y el tratamiento estándar se disolvía con el tiempo.

Existe una clara necesidad de que los servicios recojan información sobre sus componentes de forma rutinaria para que se puedan realizar comparaciones entre los estudios y olvidarnos de la etiqueta de la intervención. Esto cobra vital importancia en estos momentos donde proliferan los servicios de salud mental con diferentes nombres y denominaciones.

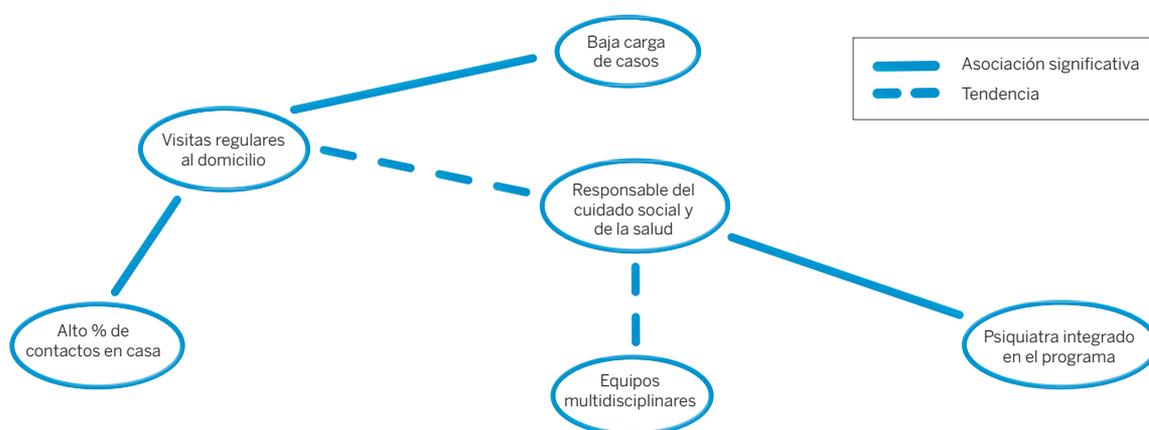


Figura 1. Wright C y col. 2004. Elementos esenciales de una intervención comunitaria.

5.1.3. Equipos de intervención en crisis

Podemos definir una crisis como aquella situación que produce un malestar inesperado y sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona, lo que provoca que se tenga un peor funcionamiento en la vida cotidiana.

El primer equipo de intervención en crisis fue introducido por Eric Lidemann en 1944. Estudió las reacciones de duelo de los familiares de las víctimas del incendio del club Coconut Grove en Boston. Posteriormente trabajó junto con Gerald Caplan en Cambridge (Massachusetts) con mujeres que habían tenido hijos prematuros. Caplan se centró en la prevención mediante la intervención precoz a fin de minimizar el daño psicológico del trauma y en promover el crecimiento personal de los pacientes. Por aquel entonces aún no se acuñaba el término de intervención en crisis. A principios de los años 60, los equipos de intervención en crisis se centraron en la prevención del suicidio y proliferaron las organizaciones no psiquiátricas que desarrollaron programas con este fin (como las líneas de ayuda telefónica abiertas las 24 horas del día). Paralelamente se comenzó a desarrollar en el EEUU el sistema de salud mental comunitario como una de las consecuencias de la desinstitucionalización de los pacientes con enfermedad mental severa. Pronto los recursos diseñados para la intervención en crisis en la comunidad resultaron insuficientes para las personas con enfermedad mental que eran más vulnerables al estrés psicosocial que las personas sanas, por lo que se hizo necesario desarrollar estructuras específicas para este grupo de pacientes (las veremos más adelante).

Clínicamente la situación de crisis se manifiesta a través de una amplia variedad de síntomas asociados con clínica aguda ansiosa y/o depresiva dependiendo claro está, de las características de la personalidad de cada cual. El objetivo principal de la terapia sería ayudar al paciente a recuperar cuanto antes su ritmo de vida normal, por lo que las intervenciones en crisis son a menudo descritas como bastante eclécticas. En las ocasiones en las que los pacientes padecen además un trastorno psiquiátrico previo, estos recursos resultan un paso intermedio para la continuación del tratamiento en otros dispositivos ambulatorios una vez cedida la crisis. En ocasiones estas estructuras proporcionan a lo largo de los años una red segura para este tipo de pacientes donde pueden regresar en caso de dolor intolerable (o en momentos de descompensación).

Durante las pasadas décadas, la reducción de camas para ingreso en los hospitales ha facilitado que un número importante de personas con enfermedad mental pasen a ser tratados en la comunidad. Tras un descenso inicial en el número de ingresos, sin embargo, ha habido un aumento de las personas que requieren reingresos sugiriendo que esta política de favorecer el tratamiento en la comunidad podría estar fallando. Aunque la literatura apunta que existen beneficios innegables en el tratamiento comunitario (Langsley DG, 1968), en la práctica ha resultado difícil de implantar, especialmente en lo que se refiere al cuidado de la fase aguda o de descompensación de la enfermedad. Si bien es cierto que las personas con enfermedad mental severa experimentan periodos largos de relativa estabilidad, las recaídas pueden ocurrir por ejemplo, al exponerse a factores ambientales estresantes o como resultado de la baja adherencia al tratamiento. En estas situaciones algunos pacientes sienten la necesidad de autoagredirse o incluso agredir a los demás. Las intervenciones en esta etapa de la enfermedad son pues cruciales a fin de prevenir posibles consecuencias indeseables para el paciente y evitar un mayor deterioro social y personal.

Uno de los problemas del sistema de tratamiento comunitario es que si bien puede sostener a los pacientes en periodos de estabilidad, resulta insuficiente en momentos de descompensación. Esto conlleva a que los pacientes sean reingresados durante el periodo de crisis de forma breve y posteriormente remitidos nuevamente a la comunidad. Para romper este círculo se han tratado de diseñar recursos ambulatorios que puedan apoyar a estos pacientes en el momento de la crisis en casa. Los servicios de psiquiatría de Ámsterdam se encuentran a la cabeza de este sistema siendo uno de los primeros países en introducir las unidades de ayuda de 24 horas tras la segunda Guerra Mundial (Que-

rido A, 1968). En los años 70 fueron introducidos modelos más específicos de actuación, destinados a evitar la hospitalización de los pacientes en crisis en la medida de lo posible o al menos reducir sus días de estancia en el hospital.

5.1.3.1. Estudios incluidos

a) *Intervención en crisis versus tratamiento estándar*

Como hemos mencionado, los modelos de intervención en crisis fueron inicialmente desarrollados para tratar a las personas sanas en momentos de crisis emocionales. La crisis puede ser definida como aquella situación en la que la persona experimenta un estrés que le sobrepasa debido a un evento como un duelo, una violación o una enfermedad física grave y que supera los mecanismos de defensa de la persona. Cabe pensar que las personas con una enfermedad severa puedan tener mecanismos de defensa más frágiles que el resto. Si son expuestos a excesivo estrés, esos mecanismos de defensa pueden romperse y producirse descompensaciones de su enfermedad de base para lo que los equipos de intervención en crisis podrían resultar útiles.

Estos equipos requieren generalmente de un grupo multidisciplinar bien entrenado. Tradicionalmente están disponibles las 24 horas del día lo que proporciona que puedan detectar de forma precoz una recaída y propiciar una intervención rápida y adaptada al sujeto ofreciendo terapia, consejo y apoyo al paciente y/o la familia. El objetivo de estos equipos es pues, prevenir dentro de lo posible la hospitalización y/o el empeoramiento de los síntomas. Desde sus inicios se han ampliado el número de intervenciones destinadas a este objetivo. Esto incluye equipos de intervención móviles, unidades de intervención en crisis hospitalarias, centros de día y programas residenciales. Incluso en algunos países como Australia o EEUU es uno de los tratamientos centrales en los planes de salud mental (Finch SJ, 1991). Existe numerosa bibliografía que sugiere que esta intervención es beneficiosa reduciendo el número de ingresos hasta en un 50%, son coste efectivas y reduce el estigma asociado a la institucionalización (Hoult J, 1986).

Sin embargo, algunos datos han puesto en duda la eficacia de estos equipos (Geller JL, 1995), por lo que en 2006 la Cochrane realizó una revisión sistemática de la literatura a fin de dilucidar la eficacia de dichos tratamientos en comparación con el tratamiento estándar. Los criterios para la inclusión de estudios fueron los siguientes: ensayos clínicos aleatorizados doble ciego (en el caso de que no fueran doble ciego utilizaron un análisis de sensibilidad para verificar la diferencia en el pronóstico; en el caso de ser una diferencia escasa fueron también incluidos). Se excluyeron los estudios cuasi-experimentales aleatorizados.

Los tipos de intervención incluidos fueron: cualquier tratamiento orientado a la crisis por equipos especializados llevados a cabo fuera del horario de oficina. Como el tratamiento convencional se valoró el tratamiento estándar para los pacientes descompensados. Como variable pronóstica se tuvo en cuenta: la utilización de los servicios, los ingresos, el número de días en el hospital, el número de consultas, la satisfacción con el tratamiento, los abandonos, las muertes, el coste del tratamiento entre otros. El número de estudios incluidos fue cinco (Fenton FR, 1979; Hoult J, 1983; Muijen M, 1992; Pamanick B, 1964; Stein L, 1975).

Las intervenciones eran similares en todos los estudios. Un equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros...) que atendía episodios de crisis fuera del horario habitual. Ninguno de los estudios incluidos valoraba la satisfacción del personal, la adherencia del tratamiento o el número de profesionales necesario para mantener el bienestar del paciente. Stein trató de valorar la situación sociofamiliar de los pacientes pero no aportó datos válidos. Los periodos de seguimiento sólo se alargaban hasta semanas después de la crisis.

Se llegó a la conclusión de que con los datos existentes para las personas con enfermedad mental severa no se podían aportar datos concluyentes respecto a los días de estancia, los reingresos y el funcionamiento general debido a la calidad de los datos y se recomendó el diseño de estudios metodológicamente más adecuados.

Después de 2006 no se han encontrado estudios que cumplan los requisitos anteriormente mencionados sobre equipos de intervención en crisis y se comparen con el tratamiento estándar.

En 2011, Jacobs y col. (Jacobs R, 2011) emplean una metodología diferente al ensayo clínico para evaluar la disminución de ingresos en Inglaterra tras la implantación de los equipos de intervención en crisis, dadas las discrepancias observadas en los distintos trabajos. Consideran que el ensayo clínico randomizado es un método de estudio poco adecuado para valorar la efectividad de este tipo de intervenciones, para ello emplean un diseño cuasi experimental a través del método del análisis basado en las diferencias en la diferencia (ver metodología del mencionado artículo). Con este método se puede evaluar las diferencias no solo transversales (como en el caso del ensayo clínico) si no también las temporales (la tendencia) de forma conjunta. Con esta metodología concluyeron que las políticas que han llevado al desarrollo de los equipos de intervención en crisis en Inglaterra desde 1999 no han supuesto una mejoría en términos del número de ingresos (otras variables no fueron estudiadas).

b) *Intervención en crisis versus TAC*

En 2007 se publicó un estudio en Inglaterra que valoraba la posible disminución en el número de ingresos entre la población de Newcastle tras la puesta en marcha de un equipo de intervención en crisis (con atención las 24 horas) y un equipo asertivo comunitario (disponible de 9 a.m a 22 p.m) en el año 2000. Se valoró el índice de ocupación de camas durante cinco años usando tres meses como estimación (de abril a junio) desde 1999 a 2004. Se halló un 45 % de reducción en el número de ingresos en estos cinco años. En 1999 la ocupación de las camas de agudos era generalmente superior al 100 %, lo que hacía necesario recurrir en ocasiones a centros privados.

La ocupación día-cama, sin embargo, sólo disminuyó un 22 %. Esto se debía a que el número de días por ingreso aumentó, de 15,5 días en 2000 a 25 días en 2004. La razón para este aumento es que la reducción mayor en el número de ingresos fue para aquellos de menor duración, así, se vio que los ingresos de una semana o menos se redujeron un 64 %, los que duraban entre una semana y un mes un 45 % y los que duraban más de un mes un 21 %. Este tipo de equipos parecía pues ser más útiles para reducir las estancias de aquellos pacientes con ingresos cortos y en consecuencia la media de días por ingreso aumentó, por eso la ocupación de camas no sufrió una disminución tan dramática. Durante el periodo estudiado los pacientes en el tratamiento asertivo comunitario siguieron teniendo largas estancias en el hospital, una posible explicación a este hecho sería que los tratamientos comunitarios de resolución de crisis son una alternativa para aquellos pacientes con ingresos más cortos. El número de suicidios en este tiempo no varió, lo que hace pensar que el tratamiento comunitario es una alternativa segura a la hospitalización en cuanto al suicidio. El número de días por ingreso también puede verse aumentado por la falta de recursos sociales y de vivienda de algunos de estos pacientes por lo que debe ser tenido en cuenta (Keown P, 2007). Este estudio no es aleatorizado pero ha sido incluido debido a la robustez de los resultados y del largo periodo de seguimiento.

En 2006 (Glover G, 2006) se publicaron los datos sobre la tendencia de los ingresos psiquiátricos hospitalarios a lo largo de Inglaterra tras la implantación de los equipos de intervención en crisis y los TAC, mediante un estudio observacional utilizando los datos estadísticos recogidos de forma rutinaria en 229 áreas sanitarias de las 303 que tiene Inglaterra. Existió una disminución importante de los ingresos en el tiempo del estudio de 2001 a 2004 tanto en las áreas con los nuevos equipos como en las que no los tenían, por lo que la observación en una de estas áreas solamente es ineficaz para hallar conclusiones sobre las causas de este descenso. Demostraron que las áreas con equipos de interven-

ción en crisis mostraban reducciones más amplias de los ingresos en pacientes mayores y cuando los equipos estaban disponibles las 24 horas estas disminuciones también se daban en pacientes más jóvenes. Se dio un 20 % en la reducción de ingresos en las zonas con equipos siempre disponibles. Esta disminución es menor que la descrita en estudios de los años 80 pero similar a la descrita por autores más recientes (Johnson S, 2005). Los días de ocupación de camas también disminuyeron aunque de forma más modesta. La diferencia en el número de ingresos se vio en las áreas que habían introducido equipos de intervención en crisis y no fue así para las áreas con TAC. Quizá uno de los motivos de este hallazgo sea que es más fácil prevenir los ingresos de personas moderadamente enfermas antes que de las más gravemente enfermas.

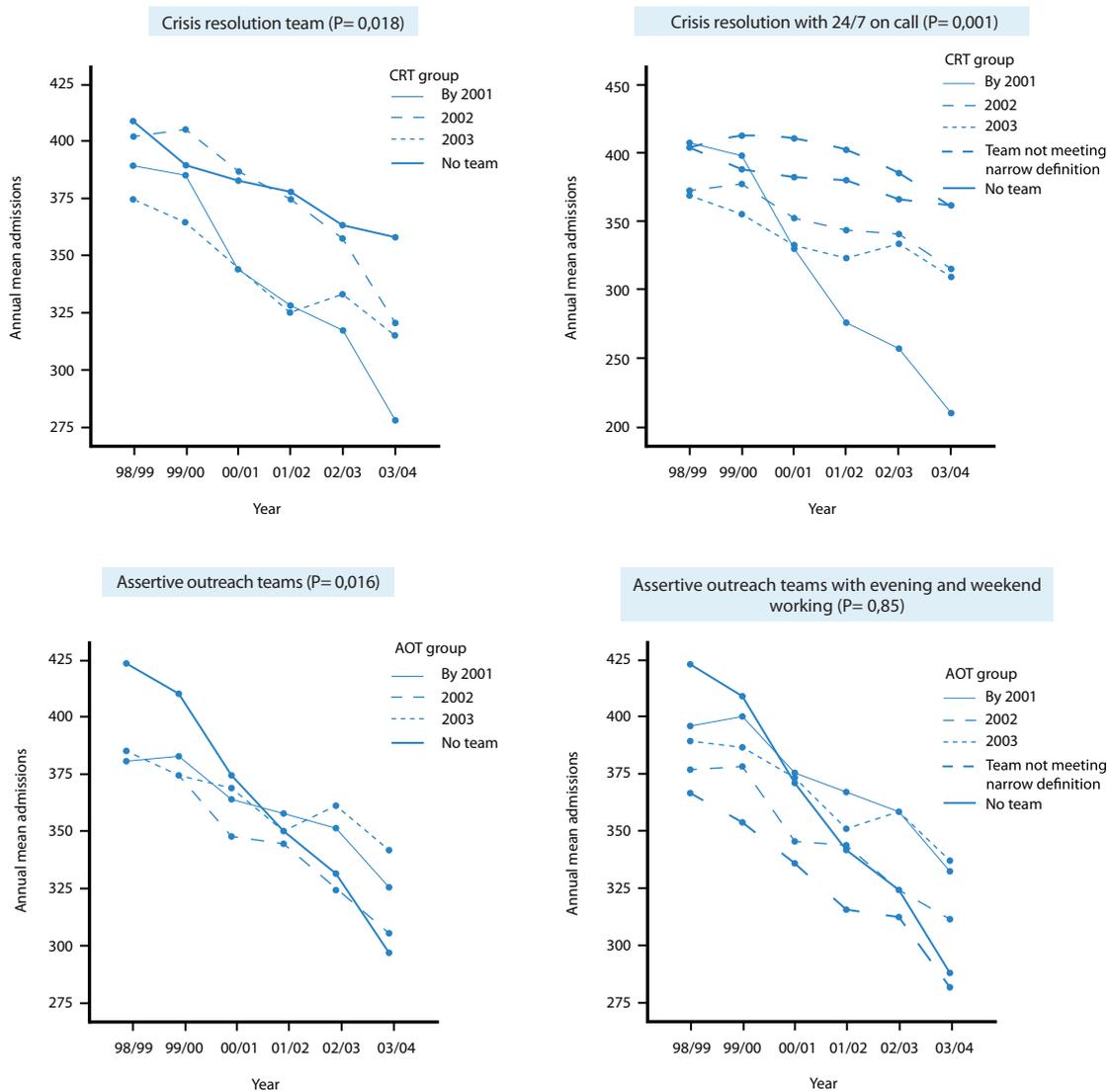


Gráfico 1. Reducción de ingresos en Inglaterra en zonas con equipos de intervención en crisis y TAC (Glover y cols. 2006)

En el gráfico 1 se aprecia la tendencia general a la disminución de ingresos a lo largo de los años. Sin embargo, en los dos gráficos superiores podemos apreciar como esa disminución es mayor para las

áreas con equipos de intervención en crisis, sobre todo en aquellos con disponibilidad las 24 horas y que se han creado en 2001. En los dos gráficos inferiores apreciamos como a pesar de que se mantiene dicha tendencia de disminución de ingresos para las zonas con equipos de TAC, esta disminución no es significativamente mayor que en las zonas en las que no existen dichos equipos.

Este estudio ha sido incluido porque valora la tendencia en todo el país respecto al número de ingresos.

c) *Otras intervenciones*

En Inglaterra se ha desarrollado una variante de los programas de intervención en crisis denominados Joint Crisis Plan (JCP), Plan de Crisis Conjunto, que permite pactar con el paciente como se llevará a cabo su tratamiento en los momentos en los que éste no pueda decidir. Este modelo se basa en la toma de decisiones conjuntas (defendida por algunos como el mejor modelo en la relación médico-paciente en esta época sobre todo para las enfermedades crónicas). Buscando un punto intermedio entre el paternalismo y la total responsabilidad del paciente en la decisión de su tratamiento, Charles y col. han definido los puntos clave de la toma de estas decisiones (Henderson C, 2009):

- Se necesitan al menos dos participantes (el médico y el paciente).
- Las dos partes deben participar en el proceso de la decisión de los pasos a seguir en el tratamiento.
- Se debe compartir la información de la que se dispone.
- Se toma una decisión sobre el tratamiento a seguir y las dos partes deben mostrarse de acuerdo.

Todas estas premisas se tienen en cuenta en el JCP. La percepción de los profesionales de la salud mental hacia esta clase de intervención suele ser positiva. Además, otorga la posibilidad de una mayor sensación de control de los síntomas por parte del paciente.

Bajo estas premisas se han creado los centros de la Unión en el Plan de la Crisis en Londres (JCP, Joint Crisis Plan) donde el paciente puede involucrarse en la toma de decisiones de forma más activa o pasiva según lo prefiera y se desarrollan planes individualizados de tratamiento para cada paciente, que puede tomar las decisiones referentes a su tratamiento en un momento de estabilidad para que sean tomadas en cuenta en el momento de la crisis. Se pensó que la implantación de este sistema introduciría una mejora en la evolución de los pacientes crónicos al otorgarles mayor capacidad de decisión sobre la enfermedad, sobre todo en términos de la mejora de la relación médico paciente, la adherencia al tratamiento y la sensación de mayor control sobre el tratamiento. Con estas hipótesis se desarrolló un ensayo clínico randomizado simple ciego y con grupo control en el sur de Londres (Henderson C, 2009). El programa se centró en personas con psicosis crónicas, un total de 65 pacientes recibieron tratamiento en el JCP. Finalmente, estas hipótesis no se vieron avaladas por este trabajo. Una de las posibles explicaciones es que algunas de estas premisas se hayan implantado ya de forma rutinaria en los tratamientos ambulatorios.

Carroll y cols. describen en un artículo la intervención del Equipo de Tratamiento y Valoración de la Crisis del Norte (NCATT), un equipo australiano (Carroll A, 2001) que provee atención los siete días de la semana 24 horas. Los pacientes incluidos tienen entre 16-64 años. Tras recibir la petición se valora su inclusión en el programa intentando atender dicha petición en un máximo de dos horas. Las visitas pueden ser diarias e incluso de varias veces al día. La intervenciones incluyen consejo, apoyo, psicoeducación, resolución de problemas, dispensación de medicación y valoración de las necesidades psicosociales e interpersonales. Es posible el apoyo telefónico. Si es necesario el ingreso, el equipo se encarga de la tramitación del mismo. También supervisan el seguimiento de algunos pacientes tras el alta hospitalaria. Se trata de una intervención corta orientada al periodo de crisis. El equipo es móvil y

no recibe pacientes en sus oficinas. Este modelo ha servido de facilitador desde el modelo institucional al tratamiento basado en la comunidad. No se ofrecen cifras sobre su efectividad en el pronóstico de los pacientes.

A menudo se infravalora el valor de las intervenciones psicosociales en los servicios de urgencias. Se han creado diversos tipos de intervención orientadas a este tipo de tratamientos como centros de terapia breve, centros de crisis... estas intervenciones en crisis han demostrado eficacia como un primer paso en el proceso psicoterapéutico y en la reducción de los ingresos hospitalarios resultando en un impacto económico positivo (Damsa C, 2003; Damsa C, 2005). Aunque la psicoterapia se percibe como una modalidad de tratamiento cara para la enfermedad mental existen datos preliminares que hablan de una posible reducción en los gastos (Guthrie E, 1999). En un estudio naturalístico (Damsa C, 2005), en Luxemburgo con un equipo multidisciplinar que se encontraba disponible de 8 a.m. a 18 p.m., el punto crucial en el programa era considerar la crisis como un evento que puede acarrear una posibilidad de un cambio positivo y no sólo como una urgencia psiquiátrica en la que se necesita intervenir lo más rápido posible para reducir los síntomas y volver al nivel previo de funcionamiento. Se ofrecía al paciente y la familia apoyo psicoterapéutico breve. Tras la introducción de esta intervención en crisis se redujeron los ingresos en agudos de pacientes voluntarios (del 19,5 % al 12,6 % $p=0,0009$). No se modificaron los ingresos involuntarios. El descenso era más prevalente entre las mujeres (del 51,9 % al 59,5 % tras la intervención $p=0,0003$), la diferencia en el grupo de los varones no resultó estadísticamente significativa. Este resultado podía estar más asociado al diagnóstico de TP en la muestra (más prevalente entre las mujeres), esto puede sugerir una mayor eficacia de esta intervención en este grupo. También pudiera ser que ya que los hombres parecen tardar más tiempo en solicitar ayuda que las mujeres, sus problemas pudieran presentar mayor resistencia a mejorar en la intervención en crisis. Se describió también una reducción en el presupuesto total.

En un modelo francés de intervención-interacción en crisis (De Clercq M, 2001), estos autores intentan incluir la perspectiva más psicodinámica del tratamiento. El psiquiatra debe tratar de evitar convertirse en un profesor; en cambio, debe acercarse a las dificultades interpersonales que se experimentan en el contexto de la enfermedad mental como una forma de conflicto teniendo en cuenta las connotaciones negativas y positivas. Se le ofrece al paciente la posibilidad de que la crisis sea un momento de crecimiento personal y no se centran exclusivamente en la prevención de los síntomas (objetivo inicial de este formato de tratamiento) al igual que en el caso anterior. La intervención en crisis es un medio de aproximación de cualquier petición de ayuda psiquiátrica en el que la petición se tramita a través de un centro de terapia breve o de una unidad de intervención en crisis que posee un equipo multidisciplinar de profesionales entrenados en el manejo de la intervención en crisis. En las reuniones iniciales se deben tener en cuenta tanto las personas involucradas en la crisis como el lugar donde se ha acudido a pedir ayuda. Se deben reunir los datos tanto biológicos como sociales y psicológicos y recoger toda la información posible reuniéndose con las personas implicadas (paciente y/o familia). En caso necesario se puede indicar la toma de psicofármacos o la hospitalización breve. El objetivo es superar la barrera del primer síntoma que trae al paciente a tratamiento y entender la función específica de este en su entorno, para definir su lugar en la historia del paciente y discernir así la naturaleza de la crisis. En este momento se debe crear un espacio terapéutico para tratar la crisis. La intervención en crisis supone un tratamiento ambulatorio intensivo que incluye una intervención psicoterapéutica breve y si es necesario el tratamiento farmacológico. Se pueden tener en cuenta también aspectos sociales que pueden influir directamente en la resolución de la crisis. Esto se lleva a cabo durante 6 a 12 semanas por el mismo terapeuta. El paciente disminuye sus síntomas pero también logra la comprensión de los factores psicológicos y grupales que le han conducido a la crisis. En caso necesario el paciente es derivado a tratamiento a largo plazo. La alianza terapéutica que se construye con el paciente en los primeros días de la crisis es un elemento fundamental que puede considerarse como un test que marcará la resistencia del paciente al tratamiento. La intervención en crisis consiste, pues, en una

forma de respuesta, una acción específica llevada a cabo con el objetivo de alejar la compulsión a la repetición que subyace en la relación entre los psiquiatras y el público en general. El tratamiento se da en forma de intervenciones terapéuticas que son completamente individualizadas y estrictamente dirigidas hacia objetivos específicos. La mayor parte del trabajo consiste en identificar las nuevas necesidades creadas por la crisis en el paciente e idear estrategias relacionales orientadas a cubrir esas necesidades. El objetivo último es ofrecer al paciente una alternativa a la hospitalización. No se ofrecen seguimientos a largo plazo y la duración de la propuesta es de dos meses. No existe un modelo de intervención en crisis que se pueda realizar sin tener en cuenta la hospitalización. Esta función puede ser armonizada con el resto de la intervención y de hecho aporta una valiosa forma de apoyo. Dentro del mismo equipo se dispone de un equipo multidisciplinar y de camas de corta estancia.

En 2008 (Robin M, 2008) tratan de generalizar una intervención en crisis en el SU para todos los pacientes psiquiátricos que acuden para ser hospitalizados por primera vez y no limitarla a un pequeño grupo experimental. Nace así el equipo ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) y se realiza un estudio naturalístico de cohortes comparativo a lo largo de cinco años, en el cual la intervención en crisis constituye de forma sistemática una alternativa a la hospitalización. Se incluyó a todos los pacientes derivados para hospitalización entre 1994 y 1995 sin excluir ningún diagnóstico psiquiátrico. Se pudo incluir 68 pacientes en la rama experimental y 223 sujetos en la de control. El equipo se encontraba disponible las 24 horas al día los siete días a la semana y el seguimiento se extendía a un mes como máximo. La variable principal a estudio fue el número de días de las hospitalizaciones. Tras el ingreso se les ofrecía la posibilidad de seguimiento ambulatorio en el domicilio. La mitad de los pacientes aceptaron el tratamiento ambulatorio en la primera entrevista y dos tercios lo hicieron en los siguientes cuatro días, mientras que el 80 % de los controles permaneció ingresado. Los pacientes hospitalizados que habían recibido tratamiento del ERIC tenían una menor duración de sus ingresos que los controles independientemente del diagnóstico psiquiátrico. A los cinco años esta tendencia se mantenía en el grupo experimental. El estudio debería haber tenido en cuenta que se llevó a cabo en el momento en el que Francia limitaba su número de camas en hospitalización y redujo sus ingresos hospitalarios. Otros equipos, sin embargo, han descrito como cuando la intervención termina también lo hace su efecto sobre los días de hospitalización (Audini B, 1994; Stein L, 1980). Los resultados de este estudio nos pueden llevar a pensar si el hecho de haber manejado con éxito una crisis en casa modifica el comportamiento en las sucesivas crisis.

5. 1.4. Tratamiento asertivo comunitario y/o Tratamiento case management intensivo

Bajo esta denominación se han englobado numerosas formas de trabajo en las últimas décadas. Aunque inicialmente el *case management* derivó en el *case management* intensivo, actualmente casi todos los grupos de trabajo se han centrado en las intervenciones más asertivas y en las psicosis dejando otro tipo de pacientes para otros recursos. Sin embargo, y aunque se aleja del programa que se ofrece en nuestra intervención, no podemos dejar de mencionar aquí los resultados hallados sobre este tipo de intervención en los últimos años, ya que es de lejos el programa de intervención ambulatoria específica más estudiado y valorado. Las luces y las sombras de los resultados obtenidos nos han llevado a plantearnos diferentes hipótesis en tres aspectos fundamentales: primero, en el diseño de los estudios, segundo, en la definición de las variables de interés y tercero, en la valoración de los resultados en forma de ensayos clínicos.

Aunque inicialmente estos programas se definieron en EEUU, en Inglaterra han sufrido un rápido auge por lo que no es de extrañar que muchos de los estudios provengan de este país. No podemos decir lo mismo de nuestro país, donde aunque existen diversos equipos que trabajan en este formato no se han publicado resultados en forma de ensayos clínicos.

El tratamiento asertivo comunitario se denominó inicialmente en Inglaterra como *intensive case management* haciendo un énfasis especial en la disminución de la carga de trabajo por equipo; posteriormente se ha utilizado para referirse al tratamiento asertivo comunitario en Inglaterra y EEUU sobre todo. Pero lo cierto es que con esta terminología se engloban una multitud de programas. Para mayor complicación, algunos de los artículos publicados no especifican el tipo de intervención que se lleva a cabo, con lo que la comparación entre los resultados de los diferentes estudios se hace arduo y complicado. Sin embargo, estos trabajos pueden ayudarnos a saber qué facetas o intervenciones de estos equipos pueden resultarnos más útiles en el tratamiento comunitario, por lo que debemos hacer un breve repaso de los principales hallazgos obtenidos.

Es realmente complejo cifrar todas estas experiencias porque, en buena parte de los casos, se trata de equipos que no han contado con publicaciones científicas que describan los contenidos, estructura y/o los resultados concretos obtenidos con la intervención. En nuestro país se pueden citar entre estas experiencias las que se están llevando a cabo en la Comunidad Autónoma de Madrid, como el programa de atención psiquiátrica a personas sin hogar o el proyecto Impacto de los Programas de Seguimiento en las Personas con Trastorno Esquizofrénico en la Comunidad (IPSE) (Alonso, Bravo y Liria, 2004). También se conocen experiencias cercanas al funcionamiento de equipos TAC en Cataluña, Galicia (Ferrol), Castilla la Mancha (Albacete), Canarias (Las Palmas, Tenerife) o Murcia (Cartagena y Lorca). En Andalucía también se pueden señalar algunos programas sobre el tema llevados a cabo en la Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Valme, y del Hospital Macarena en Sevilla; el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES) de la UGCSM del HRU Carlos Haya de Málaga o los equipos transversales de tratamiento intensivo de las UUGCSMs de los Hospitales de Jerez de la Frontera y de Puerto Real en Cádiz.

Pero entre todas las experiencias, la más destacable y la pionera es la del el equipo de Avilés. Este equipo es quizá el más antiguo y el que más se ha esforzado por difundir la filosofía de trabajo TAC en España. Su metodología concreta de actuación se define ya como «Modelo Avilés» (Martínez Jambrina JJ, 2007). Este equipo se puso en marcha en 1999, recogiendo la filosofía original de Stein y Test, para actuar en la comunidad con aquellos pacientes que presentaban especiales dificultades de seguimiento por parte de los equipos y unidades de Salud Mental de la zona. Las visitas domiciliarias y las intervenciones in vivo son el eje de su actuación. Como reconocen las personas que trabajan en el equipo, «el modelo Avilés quiere ser una adaptación del modelo TAC a la realidad asistencial española para obtener las mejores prestaciones posibles» (Martínez Jambrina JJ, 2007).

Este modelo mantiene una buena fidelidad a buena parte de los principios originales del procedimiento aunque, como es pauta habitual en las experiencias de implantación europeas, modifica y adapta otros como, por ejemplo, la disponibilidad horaria.

Desde 2010 existe en Bizkaia un programa de similares características que detallaremos más adelante.

Los 10 principios del tratamiento asertivo comunitario son los siguientes:

- Los servicios están destinados a un grupo de individuos con enfermedad mental severa.
- Más que derivar a otros recursos, el tratamiento, el apoyo y la rehabilitación son parte del tratamiento asertivo comunitario.
- Los miembros del equipo comparten la responsabilidad de los pacientes.
- El ratio staff-paciente es pequeño.
- El rango de servicios es flexible e integral.
- Las intervenciones se levantan a cabo en los lugares donde ocurren los problemas y el apoyo es necesario.

- La intervención no es limitada en el tiempo.
- Los servicios son individualizados.
- Están disponibles 24 horas al día.
- El equipo es asertivo a la hora de mantener la adherencia de los pacientes y monitorizar sus progresos.

El modelo de entrenamiento de vida en la comunidad o TAC fue desarrollado por el Instituto de Menedota de Salud Mental en Wisconsin (Stein L, 1998). Se sugirió entonces que la existencia de pacientes que parecían no altables era un fallo del uso del hospital como tratamiento efectivo. Se buscó entonces la alternativa en la comunidad. Los pacientes con recursos personales limitados para resolver los problemas, muy dependientes, y aquellos cuyos síntomas empeoraban bajo situaciones de estrés estaban en riesgo de convertirse en pacientes no altables. Más que atribuirle al paciente un fracaso se desarrolló y probó el grupo de tratamiento en la comunidad. La hospitalización fue prácticamente prohibida y se trabajó con una serie de recursos en la comunidad. Un pequeño ensayo clínico randomizado y controlado de cinco meses avaló que este tratamiento resultaba útil (Marx AJ, 1973). Este estudio condujo al desarrollo y la expansión de los programas de tratamiento en la comunidad y posteriormente al TAC a lo largo de EEUU. El tratamiento comunitario efectivo debe comenzar en el hospital permitiendo al paciente participar de forma activa en su propio plan de alta.

El TAC es un sistema o vehículo de reparto de servicios diseñado para proporcionar el último, más efectivo y eficiente de los tratamientos, la rehabilitación y los servicios de apoyo convenientemente integrados en el mismo paquete. Su responsabilidad es proveer servicios a un grupo de individuos con enfermedad mental severa que han sido identificados como grupo de necesidad de los servicios ofertados por el TAC para conseguir mejorar alguno de los pronósticos del paciente (reducir los ingresos, aumentar su calidad de vida en la comunidad...). Los servicios no están limitados en el tiempo ni son secuenciales. La intensidad de los servicios varía con los cambios producidos. El servicio se oferta tanto tiempo como sea necesario (Stein L, 1998).

Una pregunta por responder es si los servicios de TAC pueden ayudar también a personas con TP severos o quedan destinados a personas con psicosis.

Este tipo de tratamiento es parte de las mejores prácticas estándar de tratamiento, incluido las recomendaciones del Schizophrenia Outcomes Research Team. Este tipo de tratamiento no es solamente un *case management* ni ha surgido para hacer desaparecer ese tipo de abordaje. Tiene sus propias características definitorias. Si un programa no es un TAC no puede producir los mismos resultados que un TAC. Aunque los diferentes estudios varían en su perspectiva del programa, el TAC parece ser más coste efectivo que otros programas ambulatorios cuando se tienen en cuenta los costes hospitalarios (la reducción de los ingresos) y cuando se trata de pacientes con un amplio uso de los recursos hospitalarios (Latimer E, 1999). Una de las críticas que se realiza al TAC es que promueve la dependencia de los pacientes con el programa en vez de favorecer la integración del paciente más allá de los servicios de salud mental.

5.1.4.1. Estudios incluidos

Una revisión de la Cochrane publicada en 1998 concluyó que las intervenciones asertivas tenían diversas ventajas sobre el tratamiento estándar tales como mejorar la adherencia con los servicios, reducir los días de ingresos en el hospital, beneficios en la situación laboral y en la vivienda y también en la satisfacción de los pacientes. No se encontraron diferencias en la gravedad de la psicopatología o el nivel de funcionamiento pero existió una reducción en el coste hospitalario, aunque dicha reducción no resultó significativa cuando otros gastos fueron tomados en cuenta (e Marshall M, 2000). Con la ex-

cepción de Lambert y col. (Lambert M, 2010) otros autores han fallado a la hora de replicar estos resultados (Killaspy H, 2009). El único dato consistente ha sido el de la mejor adherencia con los servicios y el aumento de la satisfacción.

Una de las posibles explicaciones para el hallazgo de estos resultados contradictorios es que el denominado cuidado estándar ha incorporado aspectos del TAC en su modus operandi. Algunos estudios han sido criticados por no definir convenientemente un grupo control puesto que el tratamiento usual puede tener lugar en diferentes settings y debería ser definido como una intervención separada. Otra posible explicación es que el pronóstico principal ha sido muchas veces los ingresos hospitalarios. Esta variable puede ser difícil de reducir en un sistema que sólo reingresa a pacientes muy enfermos y les da el alta antes de que se encuentren por entero estables (Systema S, 2007).

En 2010 se realiza un estudio realizado en Sudáfrica donde hay mayor diferencia entre los tratamientos TAC y el estándar. Se incluyen pacientes del espectro esquizofrénico. Su programa tiene una fidelidad del 3,1 según la escala de Fidelidad de Dartmouth (DACT), lo que indica una fidelidad moderada (sobre un máximo de cinco puntos). El objetivo principal era el de mantener el contacto con el paciente. Fueron aleatorizados 60 pacientes (26 grupo control y 34 rama de intervención). Sus resultados sugirieron que este tipo de tratamiento no sólo reduce los reingresos si no que mejora la psicopatología y el nivel de funcionamiento de los pacientes (Botha UA, 2010). Estos resultados no concuerdan con los obtenidos por otros estudios llevados a cabo en países desarrollados. Incluso con una fidelidad moderada al programa medida por la escala DACT, el servicio ofrecido parece ser más efectivo que el tratamiento estándar en disminuir los ingresos y mejorar el pronóstico clínico. El impacto del TAC puede residir en que ofrece recursos adicionales en una zona con pocos recursos y de ahí sus diferencias con los países con servicios de Salud Mental más desarrollados. Hay que tener en cuenta también las razones relacionadas con la implantación de un servicio novedoso (entusiasmo...). Los pacientes también pasaban menos días en el hospital probablemente porque al mantener el contacto más estrecho la recaída era detectada antes. Como limitación destacar que no se trataba de un estudio ciego.

En 2006 se realiza en Londres el estudio REACT (un clásico ya en esta área) en 13 áreas de salud mental (Killaspy H, 2006). Las principales diferencias entre uno y otro programa estudiado pueden verse en la tabla 2.

Tabla 2. **Diferencias éntre las características del TAC y CMHT según el estudio REACT (Inglaterra)**

Características	Tratamiento asertivo comunitario	Equipos de salud mental comunitaria
Pacientes por equipo	80-100	300-350
Disponibilidad	8 a.m-20 p.m L – V	9 a.m-17 p.m
Lugar para las citas	En la casa del paciente, el parque, u café... fuera de la consulta	En la consulta
Contacto con los clientes	Enfoque asertivo: múltiples intentos de contactar, aproximación flexible y adaptada...	Ofrecer las consultas o hacer visitas a domicilio
Responsabilidad en el cuidado	Política de no abandonos	Alta si el paciente no mantiene el contacto o no se lo puede localizar
Estilo de trabajo	Trabajo en equipo	Poca comunicación entre los miembros del equipo
Frecuencia de las reuniones de equipo	Casi diarias	Semanales
Necesidad de servicios adicionales	Provisión dentro del equipo de todas las necesidades del cliente	Derivación a otros servicios en caso necesario

Se aleatorizaron 251 pacientes, 127 al TAC y 124 al tratamiento estándar. El seguimiento fue a los 18 meses (N= 91 vs 75). No se observó evidencia de una mejoría clínica en el grupo del TAC. Como limitación destacar que el estudio no fue ciego. Lo esperable hubiera sido que el entrevistador, que conocía la intervención aplicada, hubiera otorgado mejores resultados a la rama experimental y aumentara así las diferencias entre ambos grupos, pero esto no fue lo ocurrido. El número de días en el hospital fue similar para ambos grupos. En el grupo del TAC la satisfacción fue mayor y se perdieron menos pacientes en el seguimiento, pero esto no se asoció con ninguna mejoría social o clínica. Los gastos de dicho programa no fueron superiores al tratamiento estándar (McCrone P, 2009). Los autores recomendaron la implantación de dicho programa puesto que se asociaba con mayor satisfacción por parte de los pacientes y mejor adherencia al tratamiento.

En este tiempo no se han podido replicar los resultados de los estudios que hablan de la eficacia del TAC. En 2009 (Killaspy H, 2009) en Inglaterra, se realiza un estudio que mide el pronóstico a los 36 meses de la randomización con grupo control (continuación del estudio REACT). Se aleatorizaron 127 pacientes en el TAC y 124 en la rama de tratamiento estándar. A los 36 meses 20 de los pacientes del TAC fueron transferidos al cuidado estándar y viceversa. Los datos se analizaron en base a la intención de tratar, pero también se llevó a cabo el análisis excluyendo estos pacientes. No se hallaron diferencias estadísticas entre ambos grupos en el número de días de ingreso, tampoco se hallaron beneficios clínicos para los pacientes del TAC. Aunque el tipo de tratamiento era diferente, lo cierto es que el tratamiento estándar compartía alguno de los preceptos del TAC como tiempo de tratamiento ilimitado, un líder de equipo que realiza el trabajo clínico, se basaban en la comunidad y la responsabilidad principal era clínica.

En 2007 (Systema S, 2007) se realiza un ensayo clínico aleatorizado en Holanda. Una de las explicaciones para los resultados contradictorios vistos hasta ahora podría ser que las condiciones para controlar los ensayos clínicos han mejorado mucho en los últimos años, además de otras como por ejemplo la incorporación de muchos aspectos del TAC a la práctica diaria, y el efecto suelo de la variable principal de pronóstico: la reducción de los ingresos. Muchos países han disminuido drásticamente su número de camas, con lo que los ingresos se producen exclusivamente cuando son estrictamente necesarios. Esta reducción de camas ha sido menos drástica en Holanda. La fidelidad del modelo medido por la DACT fue de 3,8. 118 pacientes fueron aleatorizados, 59 al TAC y 59 al tratamiento estándar. Se trataba de pacientes con enfermedad mental severa. Se valoró el pronóstico a los 12 meses. Hallaron una mayor adherencia al tratamiento con TAC. No se hallaron otras diferencias clínicas o pronósticas entre los dos tipos de tratamiento.

Las diferencias en los resultados iniciales más positivos entre EEUU e Inglaterra pueden ser explicadas por los diferentes tratamientos recibidos por el grupo control en el tratamiento denominado estándar, que en EEUU puede estar asociado con ingresos más prolongados, mientras que en Europa los tratamientos están más basados en el paradigma de la psiquiatría social (Bak M, 2008). Una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos realizados de los tratamientos en casa experimentales, halló que los TAC experimentales tenían una marcada falta de sostenibilidad, hasta el 44 % de ellos tenían un final prematuro (Wright C, 2004).

Por lo tanto, parece que los ensayos clínicos tienen diferencias con la implantación real del TAC en las líneas generales de salud mental, donde su sostenibilidad no depende de la exclusiva financiación del proyecto asociada a un estudio experimental. Además, en este tipo de estudios los sujetos reciben más atención y servicios innovadores en el contexto de un fuerte liderazgo (la persona encargada del ensayo) por lo que tiene lugar el llamado efecto Hawthorne (efecto general, no intencionado, pero beneficioso sobre una persona, un grupo de personas o la función del sistema que se está estudiando por el simple hecho de estar sometido a estudio).

Por otro lado, los estudios en forma de ensayos clínicos se llevan a cabo en periodos de tiempo cortos y se necesitan resultados a largo plazo que reflejen la rutina de la práctica clínica (máxime cuando hablamos de enfermedades crónicas).

En un metanálisis de 2007 (Burns T, 2007) se incluyen equipos con una carga de trabajo de 20 pacientes o menos por equipo con el cuidado estándar o con el *case management* de baja intensidad, más de 20 casos por equipo en personas con enfermedad mental severa (no se incluyen los TP) donde la variable dependiente en la meta regresión fue el número de días por mes en el hospital. Para los enfermos con enfermedades mentales severas, el *intensive case management* sale mejor parado en estudios en los que participan pacientes con un alto uso hospitalario y menos en aquellos pacientes que tienen un uso menor de estos recursos hospitalarios. Cuando el uso de los recursos hospitalarios es alto, este tipo de intervenciones parece reducirlo pero no lo hace cuando el uso ya es bajo. Esta parece la principal razón para la divergencia de resultados de los diferentes estudios. También explica la variación entre los ensayos clínicos la diferente fidelidad de los sistemas al modelo. En los análisis de sensibilidad, sin embargo, esta explicación parece menos robusta que la anterior (Burns T, 2007). Además, algunos de los tratamientos de los grupos control comparten muchas de las formas de tratamiento con el TAC con alta fidelidad a estos programas. Las características específicas del staff del programa (como el tamaño del equipo, la baja carga de trabajo, y el bagaje profesional de los participantes) no parecen influir en la reducción del uso hospitalario por parte de los pacientes (Burns T, 2007). Cuando los servicios ambulatorios son buenos y el ingreso hospitalario sólo se produce en caso de extrema necesidad, los equipos encuentran dificultades para influir sobre la tasa de ingresos. Sin embargo, cuando estos servicios ambulatorios son pobres, es más frecuente que los pacientes pasen mayores temporadas ingresados y los equipos de TAC pueden entonces influir con relativa facilidad en las cifras generales de ingresos. Además, el bajo uso hospitalario del paciente previo a iniciar un estudio nos puede indicar que el paciente es menos grave y que se beneficiará poco o nada de la intervención intensiva. Pero también puede indicar que es difícil para un paciente ingresar en esa zona, con lo que sería arduo intentar disminuir las cifras de ingreso totales.

En 2002 (Burns T, 2002) se publican los resultados de un estudio ya clásico el UK 700 llevado a cabo en cuatro distritos de Inglaterra. En él se comparaba el *case management* estándar (1:10-15 pacientes por profesional) y el *case management* intensivo (1:30-35) con seguimiento de dos años en pacientes con enfermedad psicótica. Se reclutaron un total de 708 pacientes que fueron aleatorizados a ambos tipos de programas. Para 679 pacientes existieron datos sobre la hospitalización. De esos, 595 pacientes se mantuvieron al menos un año en el programa. Se describió que la reducción de número de pacientes por profesional no era por sí sola suficiente para reducir el número de ingresos en pacientes con psicosis. Las características en el momento basal de los pacientes, tales como el número de ingresos previos tenían una gran influencia y deberían ser tenidas en cuenta a la hora de calcular el poder estadístico. En el estudio UK 700 no se encontraron beneficios económicos claros ni tampoco clínicos al reducir la carga de pacientes por profesional en pacientes con psicosis (Byford S, 2000). El estudio UK700 (Walsh E, 2001) valoró también la reducción de la violencia de los pacientes con enfermedad mental grave adscritos al programa y halló que el 22 % de los pacientes agredió físicamente a otra persona en el grupo de tratamiento intensivo. No se hallaron diferencias con el grupo control en las cifras de violencia.

5.2. RESULTADOS DEL ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL USAI

La unidad se puso en marcha en enero del año 2009. Desde entonces han sido atendidos un total de 164 pacientes distribuidos por años de la siguiente manera: en 2009 fueron vistos 89 pacientes y 75 en 2010.

5.2.1. Descripción de los datos sociodemográficos

Para la descripción sociodemográfica de los pacientes general se ha tenido en cuenta todos los usuarios que acuden a tratamiento, por lo tanto, se excluyen los que no han acudido a la primera consulta (N= 10).

La edad media de los pacientes atendidos fue de 42,3 años (DT: 14,9, 18-82). La duración media de la intervención por paciente fue de 207,4 días (DT: 219,8, 1-722). El número medio de consultas por paciente fue de 12, 5 (DT: 12,8, 1-61). La limitación de tiempo del programa resultó en algunos casos una dificultad puesto que algunos pacientes requirieron periodos de seguimiento mayores.

El 55,8 % de la muestra está compuesto por mujeres. La mayoría de los pacientes son derivados desde el servicio de urgencias (31,3 %) y un porcentaje importante desde la hospitalización (19,5 %). Este programa tenía entre sus objetivos el ser una herramienta útil al servicio de la red de salud mental extrahospitalaria, sin embargo, como todo programa incipiente su uso es mayoritario por aquellos profesionales que conocen bien su estructura y manejo. Al ser un programa desarrollado en el ámbito hospitalario son los profesionales de dicho servicio los que mejor conocen su funcionamiento. Por lo que un posible objetivo de mejora sería la divulgación del programa y facilitación de derivación para el resto de profesionales de la red.

La mayoría de pacientes eran solteros (42,7 %) aunque un 36,3 % tenían pareja y/o estaban casados. La situación laboral era de paro para el 36,1 % frente al 28,7 % que estaban activos laboralmente, hasta el 23 % eran pensionistas. El 44,3 % de los pacientes atendidos vivía con su pareja y/o hijos frente al 23,8 % que vivía solo. La media de estudios para la muestra eran los estudios primarios completos para el 57,3 %. Un 38,3 % eran fumadores y sólo un 18,4 % consumía algún tipo de tóxico (dato esperable puesto que el abuso y la dependencia a tóxicos eran criterios de exclusión). Hasta un 8,4 % de los pacientes atendidos eran extranjeros. Al alta la derivación más frecuente resultó ser el CSM de referencia (33,1 %) pudiendo ser dados de alta un total de 19,2 % de los pacientes, debemos tener en cuenta que el 20 % de la muestra continuaba el tratamiento en el momento de la evaluación. Un 17,9 % de los pacientes abandonaron el programa, cifra no muy alta teniendo en cuenta que las derivaciones mayoritarias se realizaron desde el servicio de urgencias y desde el área de hospitalización, donde el profesional encargado de la derivación no es el de referencia para el paciente y, por tanto, la indicación puede resultar para el paciente de menor consistencia. De la muestra, cuatro pacientes fallecieron: uno por suicidio, dos por causas naturales y un cuarto paciente sufrió una muerte violenta.

5.2.2. Variables clínicas

Los diagnósticos de los pacientes atendidos pueden verse en el gráfico 2.

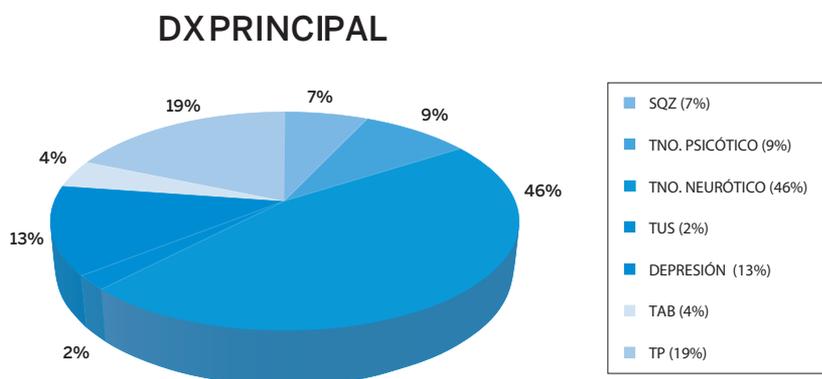


Gráfico 2. Distribución por diagnósticos de la muestra por %

La mayor parte de los trastornos atendidos fueron trastornos neuróticos (en su mayor parte trastornos de adaptación y de ansiedad, 46 %).

Se realizó una comparación entre los pacientes que acudieron a la primera consulta (N= 154) frente a los que no acudieron (N= 10), no hallándose diferencias significativas respecto a los datos sociodemográficos y los ingresos previos.

También se comparó los pacientes que acudieron al tratamiento y lo acabaron o continuaron (N= 124) frente a los que abandonaron (N= 27). No se hallaron diferencias respecto al sexo, la procedencia de la derivación, el estado civil, la convivencia, la situación laboral, el nivel de estudios y el diagnóstico. En cuanto a las variables cuantitativas, se encontraron diferencias en el CGI final ($p= 0,029$) que es menor en el grupo que no abandona, al número de consultas ($p<0,001$) y a la duración de la intervención ($p= 0,003$) que son mayores en el grupo de pacientes que no abandona tal y como cabía esperar.

Como variable de resultado se ha escogido el número de hospitalizaciones y el número de días por hospitalización, el número de atenciones en urgencias, la gravedad del cuadro medida mediante la escala CGI al inicio y al final de la intervención, el número de consultas por paciente y el número de abandonos.

Para contestar a la pregunta de investigación, ¿se ha conseguido disminuir el número de los ingresos tras la intervención?, se tuvo en cuenta el total de pacientes que acabaron el tratamiento en el momento de la valoración, un total de 90. Se excluyó a aquellos que no habían acudido (por motivos obvios) y a los que abandonaron el programa y a los que continuaban en tratamiento. Para aquellos pacientes incluidos en 2009 se tuvo en cuenta el número de ingresos en los dos años previos al tratamiento y para los incluidos en 2010 el año previo, para valorar los ingresos posteriores se utilizó el mismo criterio.

Se observó que existían diferencias significativas antes y después de la intervención siendo el número de ingresos previos de media un 0,47 y el posterior de 0,14 ($p<0,001$), así como una reducción en la media de días de ingreso que no resultó significativa (6,56 vs 3,06 días, $p= 0,3$, prueba «t» de student para muestras relacionadas). Como es de esperar, se da una reducción significativa del CGI de inicio al final (4,05 vs 2,01, $p<0,001$). En relación con el número de atenciones en el servicio de urgencias, también se obtuvo una disminución del número de asistencias en el SU de 1,44 veces a 0,29 de media ($p= 0,019$).

Tabla 3. **Variables resultado de la intervención**

	Media	DT	Sig. (p)
Días de ingresos previos	6,56	15,622	0,339
Días de ingresos posteriores	3,06	15,841	
Ingresos previos	0,47	1,093	0,000
Ingresos posteriores	0,14	0,531	
Atenciones en urgencias previas	1,44	2,892	0,019
Atenciones en urgencias posteriores	0,29	0,939	
CGI inicio	4,05	1,122	0,008
CGI final	2,01	0,932	

Respecto al cuestionario CSQ 8 de satisfacción con el tratamiento recibido, 83 pacientes fueron localizados y se les ofreció rellenar dicho cuestionario, ocho rehusaron hacerlo. De los 75 que contestaron 62 pacientes acabaron el tratamiento o continuaban en él, mientras que 13 habían abandonado el tratamiento (contestó el 50 % de los pacientes que había abandonado el tratamiento). No se observaron diferencias significativas entre las medias de cada grupo (entre los que abandonaron el tratamiento y los que no), aunque el bajo número de uno de los grupos podría explicar este resultado. Ambos grupos se encontraban bastante satisfechos con el tratamiento recibido (19,13 vs 20,15 siendo la máxima puntuación posible 32. No existen puntos de corte establecidos, a mayor puntuación mayor satisfacción).

5.2.3. Limitaciones

Como limitaciones nos encontramos las siguientes: la eficacia de este tipo de tratamiento es temporal, mientras se lleva a cabo la intervención; desconocemos qué sucede en el largo plazo; la tasa de abandono es relativamente alta y no se han valorado las causas de dichos abandonos; el grupo tratado es muy heterogéneo en cuanto a diagnósticos, edad... por lo que no se pueden extrapolar los resultados obtenidos a otras poblaciones. Asimismo, no se trata de un ensayo clínico por lo que dichos resultados son exclusivos de la muestra. Al no existir grupo control y no tratarse de un ensayo clínico aleatorizado, la mejoría observada no se puede atribuir directamente a la intervención aplicada.

Sin embargo, la mayor dificultad reside en definir claramente las intervenciones aplicadas en los distintos programas, lo que resulta un inconveniente a la hora de comparar los resultados con otros tratamientos similares al actual.

El periodo de seguimiento es quizá corto para encontrar diferencias mayores en cuanto a ingresos psiquiátricos. Y pudiera ser que dichas diferencias se diluyan en el largo plazo.

Los programas novedosos producen resultados positivos en un primer momento por la ilusión con la que se comienzan o porque se valoran a través de un estudio experimental, pero dicho beneficio ha de demostrarse a medio plazo tras la instauración del programa en la dinámica de la unidad, no meramente como estudio experimental.

Si la valoración la realiza el mismo profesional que lleva a cabo la intervención puede existir un sesgo cuando los clínicos se muestran entusiasmados con el proyecto. En este caso este sesgo no existe puesto que el psiquiatra que lleva a cabo la intervención y el que valora no es el mismo.

6. DISCUSIÓN

Tras la revisión sistemática de la literatura constatamos la escasez de estudios clínicos aleatorizados para los diferentes tratamientos ambulatorios ofertados con grupo control de las últimas décadas. Por un lado, los aspectos propios de las terapias ambulatorias intensivas parecen haberse incluido en la práctica clínica habitual, y por otro, la variedad de dichos tratamientos dificulta la comparación entre los diversos programas. Esta dificultad metodológica hace prácticamente imposible la generalización de los hallazgos de los diferentes estudios.

La variable resultado más frecuente de los distintos trabajos, el número de ingresos, puede ser complicada de disminuir cuando los pacientes acceden a una cama sólo en el caso de que estén muy enfermos y son dados de alta antes de la completa estabilización. En una sociedad que tiene muy presente la reducción de ingresos como un objetivo primordial, esta variable puede ser muy difícil de disminuir puesto que los recursos de los últimos años han derivado en una disminución drástica de dicha variable.

En los últimos años se aboga por la descripción exhaustiva de la intervención aplicada, la definición de objetivos para el programa y la valoración de su consecución más que por la disminución de los ingresos.

Ninguno de los dispositivos en nuestro entorno descritos en el punto 1.3.6 de la Introducción tienen la misma estructura que la USAI por lo que aún compartiendo algunos de sus objetivos (atención intensiva individualizada, disminución de ingresos o de los días de estancia, prevención de ingresos desde el servicio de urgencias...), no se puede realizar una comparación de resultados ni de la organización asistencial. No obstante, el futuro parece dirigido a potenciar las alternativas de tratamiento y evitar las hospitalizaciones en agudos que quedarán reservadas para los pacientes más graves en momentos de descompensación.

Aunque nuestro estudio no es un ensayo clínico hemos podido observar una disminución significativa en el número de ingresos y de atenciones en urgencias de este grupo de pacientes, interesante resultaría poder valorar en un estudio posterior las repercusiones económicas de estos resultados.

Cuando los servicios ambulatorios son buenos es más difícil que los programas influyan en la tasa de ingresos (Burns T, 2007). Uno de los factores que más influye en la calidad de los servicios es el perfil clínico y humano de los profesionales. En este sentido, en un estudio de reingresos psiquiátricos a corto plazo se pudo constatar una importante asociación de los mismos tanto con el psiquiatra que gestionaba el alta como con el que realizaba el seguimiento ambulatorio y también con el centro de salud mental de referencia (Lana F, 2004).

Sabemos que las características de los profesionales que se correlacionan con mejores resultados son las siguientes: alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes del paciente y su familia, alto nivel de preparación intelectual, flexibilidad social e interpersonal, experiencia clínica y personal (Hernández M, 2000), por lo que será importante seleccionar a profesionales con este perfil para optimizar los resultados.

Los pacientes con ideación suicida crónica pueden ser a menudo un reto para los terapeutas. Los estudios sobre suicidio han demostrado que el riesgo de suicidio es sustancial para los pacientes con TLP y otros trastornos de la personalidad. Entre los factores asociados al riesgo de suicidio se han descrito los intentos previos, patología psiquiátrica comórbida y los trastornos en el eje II. Joiner y col. realizaron una distinción entre ideación suicida y plan estructurado de suicidio. La primera es menos predictiva de suicidio consumado (Joiner TE, 1997). Mucho más preocupante son los síntomas que acompañan a un plan estructurado. Tras un tratamiento intensivo ambulatorio formado por un equipo multidisciplinar en el que los pacientes eran vistos al menos tres veces por semana, se halló que el tratamiento a corto plazo no era capaz de modificar los planes de suicidio estructurados y que este factor de forma independiente podía predecir un mayor número de intentos de suicidio, mientras que la ideación suicida disminuía de forma significativa (Minnix JA, 2007). Este criterio se ha tenido en cuenta

a la hora de delimitar los criterios de inclusión en nuestro programa permitiéndose la participación de pacientes con ideas de muerte pero no con riesgo suicida.

En general, la aplicación de un programa con características de tratamiento intensivo y personalizado como el nuestro, parece beneficiar a los pacientes en relación con el número de ingresos y las atenciones en urgencias, además de ser una herramienta útil y de fácil acceso para los profesionales de la red de salud mental ambulatoria.

7. CONCLUSIONES

Tras la revisión de la bibliografía llevada a cabo y el estudio realizado podemos resaltar las siguientes conclusiones:

- En general, las políticas de Salud Mental de todos los países tratan de reforzar los programas ambulatorios que favorezcan la mejoría del paciente mientras está integrado en su entorno.
- Para lograr este objetivo es necesaria una intensa colaboración entre las instituciones hospitalarias y la red de salud mental extrahospitalaria a fin de no duplicar recursos y trabajar en la misma línea que favorezca la mejora del paciente en crisis.
- A pesar de los resultados contradictorios en algunos estudios, la mayoría de trabajos han demostrado que los programas de tratamiento ambulatorio intensivo consiguen disminuir el número de ingresos hospitalarios, los días de estancia por ingreso, mejorando, además, la calidad de vida de los pacientes y sus familias y facilitando la reintegración del paciente en su entorno.
- Este tipo de tratamiento puede ser, además, coste eficaz porque disminuye el número y el tiempo de ingreso de los pacientes y, en general, son las hospitalizaciones las que consumen el mayor porcentaje del presupuesto destinado a la Salud Mental.
- Es difícil comparar los resultados de las diferentes estrategias y programas llevados a cabo (también en nuestro entorno) por la divergencia en cuanto a la estructura, el personal, el tipo de tratamiento aplicado y el perfil del paciente al que va dirigido.

8. RECOMENDACIONES

8.1. RECOMENDACIONES GENERALES

Tras la revisión de la bibliografía existente en relación con los programas ambulatorios intensivos y los datos obtenidos de nuestro estudio, realizaremos una serie de recomendaciones extraídas de nuestra experiencia:

- Los programas específicos de atención a pacientes con enfermedad mental en momentos de crisis pueden resultar de utilidad para mejorar el estado psicopatológico, el número de ingresos y de atenciones en urgencias.
- Para el correcto desarrollo de estos programas se requiere la coordinación con la red de salud mental extrahospitalaria a fin de evitar duplicidad de tratamientos y de recursos y de garantizar la continuidad de cuidados.
- Si este tipo de programas reducen el número de ingresos y de atenciones en urgencias hospitalarias pueden aportar un menor gasto global en sanidad.
- A fin de evaluar correctamente este tipo de iniciativas sería recomendable homogeneizar los tratamientos ofertados en la red.
- Parece importante conseguir una alianza terapéutica adecuada los primeros días de tratamiento con el paciente en crisis que puede favorecer una mejor evolución del cuadro clínico.
- Sería conveniente recoger datos de forma exhaustiva y aportar información específica sobre el tipo de intervención aplicada a fin de poder comparar y homogeneizar los resultados obtenidos.
- Es recomendable que dichos programas sirvan de enlace con los programas ambulatorios.
- Dado que las características personales y la formación de los profesionales están ligadas a los resultados obtenidos, se recomienda una selección específica del personal y la rotación del mismo por lo menos cada cinco años.

8.2. UNIDADES DE TRATAMIENTO INTENSIVO AMBULATORIO

A continuación se detallará una propuesta para la implantación de las unidades de tratamiento intensivo dentro de la Red de Salud Mental.

Las unidades de tratamiento ambulatorio intensivo deberían estar integradas dentro de un equipo multidisciplinar de profesionales con disponibilidad la mayor parte del día y coordinación con otros recursos de la zona.

Las características de los profesionales integrados deberían favorecer la flexibilidad de los tratamientos y la individualización de los mismos. Las características de los profesionales que correlacionan con mejores resultados son las siguientes: alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes del paciente y su familia, alto nivel de preparación intelectual, flexibilidad social e interpersonal, experiencia clínica y personal (Hernández M, 2000).

Sería recomendable la participación de un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a y un/a enfermero/a a fin de cubrir las necesidades del tratamiento de los pacientes. El espacio físico debería pues componerse de consultas médicas y una sala de enfermería. Para la coordinación del equipo se debería realizar al menos una reunión semanal.

Como se mencionaba en la figura 1 de este texto, para un correcto funcionamiento del tratamiento se ha demostrado que los factores que más influyen son: la baja carga de casos por profesional (por lo que deberíamos proponer un número limitado de casos siendo capaces de dar salida a los pacientes a otros recursos más adecuados tras un tiempo de tratamiento), un porcentaje alto de contactos con los pacientes (a fin de garantizar una buena adherencia al tratamiento), incluir el cuidado social de la salud (mediante coordinación estrecha con los servicios sociales de zona en caso de considerarse necesario) y que el equipo sea multidisciplinar.

Indispensable que exista una gran coordinación con los servicios ambulatorios de zona, a los que se les debe remitir periódicamente información sobre el trabajo de la unidad, de forma ideal teniendo reuniones periódicas con dichos equipos.

Es necesario que la derivación de los pacientes candidatos a recibir tratamiento se realice de una forma dinámica y fácil desde cualquiera de los siguientes dispositivos: desde el servicio de urgencias del propio hospital, desde cualquier Centro de Salud Mental de área (CSM), desde las mismas consultas externas hospitalarias, desde la hospitalización psiquiátrica o desde otros dispositivos de la red que puedan considerar esta alternativa como beneficiosa para el paciente. Para ello el dispositivo debe ser conocido ampliamente por la red de salud mental facilitado por la figura de un coordinador que acepte las derivaciones que podrán ser realizadas remitiendo un informe médico o bien de forma telefónica.

Dado que se trata de establecer un tratamiento individualizado y ajustado a las necesidades de cada paciente consideramos que de forma ideal la entrevista inicial de cada paciente debe ser realizada por el equipo al completo o por la mayor parte de miembros del mismo (excepto en los pacientes muy desconfiados o con rasgos evitativos). En dicha entrevista se valorará si el paciente cumple los requisitos de inclusión en el programa y se esbozarán junto con el paciente los principales objetivos del tratamiento, que son siempre individualizados y en función de las necesidades del propio paciente. Puede ser beneficioso que el paciente se involucre en la toma de decisiones de forma más activa o pasiva, según lo prefiera, y se desarrollen planes individualizados de tratamiento para cada paciente, que puede tomar las decisiones referentes a su tratamiento para que sean tomadas en cuenta en el momento de la crisis (Henderson C, 2009).

El perfil ideal de estos pacientes serían aquellos que presenten una situación de crisis para las que exista una posibilidad factible de mejora en un plazo de tiempo y que puedan beneficiarse de este tipo de recursos. Tras la revisión de la bibliografía y los resultados de nuestro estudio preliminar nos parece adecuado excluir las psicosis por dos motivos: primero, porque ya existen recursos de tratamiento intensivo en nuestro medio (TAC) y, segundo, porque se ha demostrado que este grupo de pacientes precisan de seguimientos intensivos a largo plazo a fin de evitar hospitalizaciones.

El tratamiento debe incluir una serie de objetivos concretos en cada caso que deben cumplirse en un tiempo limitado de tiempo para evitar la saturación del programa y su conversión en un dispositivo más de la red ambulatoria.

El proceso se debería coordinar en todo momento con el terapeuta del paciente que será quien continúe el seguimiento cuando termine la intervención específica. Es imprescindible la coordinación de todo el proceso con los terapeutas de la zona puesto que este dispositivo es dinámico y pretende conseguir unos objetivos concretos en un tiempo limitado tras lo cual si el paciente requiere seguimiento se deriva nuevamente a su CSM.

La intervención podría ser llevada a cabo de lunes a viernes en horario de 8 a.m.-15 p.m. Para cubrir el resto del tiempo disponemos de los servicios de urgencias de los hospitales de la zona. A modo de orientación proponemos los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Cualquier diagnóstico psiquiátrico DSM IV TR salvo dependencia a una sustancia de forma activa y/o psicosis.
- Situación de crisis o descompensación psiquiátrica.
- Puntuación en la escala de funcionamiento global GAF/EEAG < 60.

Como criterios de exclusión se proponen los siguientes:

- CI < 70 o enfermedad física o neurológica incapacitante.
- Conocimiento insuficiente del castellano.
- Planes de suicidio estructurados (no se excluye la ideación suicida).
- Criterios de ingreso psiquiátrico urgente.

En caso de que fuera posible la terapia de grupo de podría ofrecer de forma ideal para englobar mayor número de pacientes y beneficiarse también de la dinámica grupal en el tratamiento.

Tanto en el caso del tratamiento individual como del grupal una vez alcanzados los objetivos propuestos se puede proceder a dar de alta al paciente o bien volver a derivarlo a un dispositivo ambulatorio apropiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Ajuriaguerra J, Aizpiri J, Arzamendi A, Condina A, Cristobal R, Ciganda M, et al. Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental. In Colección Informes Técnicos Publicaciones del Gobierno Vasco, 1983.
2. Audini B, Marks I, Lawrence R, Connolly J, Watts V. Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. *Br J Psychiatry*. 1994; 165: 204-10.
3. Bacharch L. Overview: model programs for cronic mental patients. *Am J Psychiatry*. 1980; 137: 1.023-31.
4. Bak M, Drukker M, de Bie A, Campo A, Poddighe G, van Os J, et al. An observational study of 'assertive outreach' with remission as outcome measure. [Dutch]. *Tijdschr Psychiatri*. 2008; 50 (5): 253-262.
5. Bjorkman T, Hansson L, Sandlund M. Outcome of *case management* based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(4): 147-152.
6. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness Critical Ingredients and Impact on Patients. *Disease Management and Health Outcomes*. 2001; 9: 141-59.
7. Botha UA, Koen L, Joska JA, Hering LM, Oosthuizen PP. Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC psychiatry*. 2010; 10: 73.
8. Bowman E, Shelley R, Sheehy-Skeffington A, Sinanan K. Day patient versus inpatient: factors determining acute ill patients for hospital treatment. *Br J Psychiatry*. 1993; 142: 584-87.
9. Burns T, Beadsmoore A, Bhat A, Oliver A. A controlled trial of home-based acute psychiatric services: I. Clinical and social outcome. *Br J Psychiatry*. 1993; 163: 49-54.
10. Burns T, White I, Byford S, Fiander M, Creed F, Fahy T. Exposure to *case management*: Relationships to patient characteristics and outcome. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 236-241.
11. Burns T, Catty J, Dash, M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive *case management* to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *Br Med J*. 2007; 335: 18-340.
12. Byford S, Fiander M, Torgerson DJ, Barber JA, Thompson SG, Burns T, et al. Cost-effectiveness of intensive v. standard *case management* for severe psychotic illness. UK700 *case management* trial. *Br J Psychiatry*. 176: 2000-2543.
13. Carpenter J, Luce A, Wooff D. Predictors of outcomes of assertive outreach teams: A 3-year follow-up study in North East England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 463-71.
14. Carroll A, Pickworth J, Protheroe D. Service innovations: An Australian approach to community care-The Northern Crisis Assessment and Treatment Team. *Psychiatric Bull*. 2001; 25(11): 439-441.
15. Cuffel BJ, Held M, Goldman W. Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care. *Psychiatr Serv*. 2002; 53 (6): 761-763.
16. Damsa C, Di Clemente T, Massarczyk O, Vasilescu MC, Hauptert J, Predescu A, et al. Crisis intervention in a Psychiatric Emergency Unit decreases the number of voluntary hospitalizations in psychiatry. [French]. *Ann Med-Psychol*. 2003; 161 (9): 693-699.
17. Damsa C, Hummel C, Sar V, Di Clement T, Maris S, Lazignac C, et al. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: A naturalistic study. *Eur Psychiatry*. 2005; 20 (8): 562-566.

18. De Clercq M, Dubois V. Crisis intervention models in the French-speaking countries. *Crisis*. 2001; 22 (1): 32-38.
19. Fenton F, Tessier L, Struening E. A comparative trial of home and hospital psychiatric care: one-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36: 1.073-79.
20. Finch S, Burgess P, Herrman H. The implementation of community-based crisis services for people with acute psychiatric illness. *Aust J Public Health*. 1991; 15: 122-29.
21. Garfield S. Research on client variables in psychotherapy. In *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. In A.E. Bergin S.L. Gardfield (Ed). New York: Wiley; 1994; p:90-228.
22. Geller J, Fisher W, McDermeit M. A national survey of mobile crisis services and their evaluation. *Psychiatr Serv*. 2002; 53 (6): 761-763.
23. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 441-445.
24. Guimón J. Uribe Costa en un decenio tormentoso. *Norte de Salud Mental* 2008; 30: 109-23.
25. Guthrie E, Mooney J, Margison F, Barker H, Palmer S, McGrath G, et al. Cost-effectiveness of brief psychodynamis-intepersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 519-26.
26. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szumukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans: Single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 2009; 369-76.
27. Hernández M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más? Publicado en Rivas F. La psicosis en la comunidad. *AEN*. 2000;131-190.
28. Holloway F, McLean E, Robertson J. Case management. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 142-48.
29. Holloway F, Carson J. Intensive *case management* for the severely mentally ill. Controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1998; 172: 19-22.
30. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau Powia M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 1983; 17: 160-167.
31. Hoult J. Community care of the acutely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 137-44.
32. Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally ill: the role of *case management*. *Schizophrenia Bulletin*. 1982; 8: 655-74.
33. Irving C, Adams C, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006.
34. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry*. 2011; 199 (1): 71-76.
35. Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry*. 2005; 187: 68-75.
36. Joiner TE Jr, Rudd M, Rajab MH. The modified scale for suicidal ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *J Abnorm Psychol*. 1997 May; 106: 260-265.
37. Keown P, Tacchi MJ, Niemiec S, Hughes J. Changes to mental healthcare for working

- age adults: Impact of a crisis team and an assertive outreach team. *Psychiat Bull.* 2007; 31 (8): 288-292.
38. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: Randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J.* 2006; 332: 815-818.
 39. Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, et al. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-Year outcomes. *Br J Psychiatry.* 2009; 195 (1): 81-82.
 40. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first-and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry.* 2010; 71: 1.313-23.
 41. Lana F, Fernández San Martín M, Vinue JM. La variabilidad en la práctica médico-psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Esp Psiquiatría.* 2004; 32: 340-345.
 42. Langsley D, Pittman F, Machotka P, Florenhaft K. Family crisis therapy-results and implications. *Fam Process.* 1968; 7: 145-58.
 43. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry.* 1999; 44: 443-54.
 44. Lichtenberg P, Levinson D, Sharshevsky Y, Feldman D, Lachman M. Clinical case management of revolving door patients: A semi-randomized study. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 449-54.
 45. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses an disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; CD000270.
 46. Marini M, Semenzin M, Vignaga F, Gardiolo M, Drago A, Caon F, et al. Dropout in institutional emotional crisis counseling and brief focused intervention. *Brief Treat Crisis Interv.* 2005; 356-67.
 47. (a) Marshall M, Creed F. Assertive community treatment: is it the future of community care in the UK? *Int Rev Psychiatry.* 2000; 12: 191-96.
 48. (b) Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; CD000050.
 49. (c) Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.
 50. (d) Marshall M, Lockwood A. Withdrawn: Assertive community treatment for people with severe mental disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.
 51. (e) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database Syst Rev. (Online) (2) (CD001089),* 2000.
 52. Martínez Jambriña JJ, Penuelas CE. Assertive community treatment: The Aviles's model. [Spanish]. *Arch Psiquiat.* 2007; 70 (2): 77-82.
 53. Marx A, Test M, Stein L. Extrahospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 29: 505-11.
 54. McCrone P, Killaspy H, Bebbington P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: Cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatric Services* 2009; 60 (7): 908-913.

55. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, Johnson, T. Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial. *Lancet* 1992; 339: 1314.
56. Minnix JA, Romero C, Joiner TE Jr, Weinberg EF. Change in «resolved plans» and «suicidal ideation» factors of suicidality after participation in an intensive outpatient treatment program. *J Affect Disord.* 2007; 103: 63-68.
57. Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ.* 1992; 304: 749-54.
58. Pasamanick B, Lefton M, Scarpitti F, Dinitz S, Wernert J, McPheeters H. Home versus hospital care for schizophrenics. *JAMA.* 1964; 187: 177-81.
59. Querido A. The shaping of community mental health care. *Br J Psychiatry.* 1968; 114: 293-302.
60. Robin M, Bronchard M, Kannas S. Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43 (6): 498-506.
61. Robinson G, Toff-Bergman, G. Choices in *case management*: current knowledge and practice for mental health. Mental Health Policy Resource Center. 1989.
62. Ruiz-Parra E, González-Torres MA, Eguluz I, de la Sierra E, Trojaola B, Catalán A. Basurto-IGPP. A manual-directed approach of integrative group psychotherapy in psychosis. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010 Mar-Ago; 38 (2): 72-86.
63. Schaedle R, McGrew JH, Bond GR, Epstein I. A comparison of experts perspectives on assertive community treatment and intensive *case management*. *Psychiatr Serv.* 2002; 53 (2): 207-210.
64. Shepherd G, Murray A. Residential care. In *Text book in community psychiatry* (eds G Thornicroft & G Szmukler), 309-20. Oxford University Press; 2001; p. 309-20.
65. Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriot S, Tyrer P. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry.* 2001; 178: 497-502.
66. Stein L, Test M, Marx A. Alternative to the hospital: a controlled study. *Am J Psychiatry.* 1975; 132: 517-22.
67. Stein L, Test M. Alternative to mental health treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 150: 1.447-65.
68. Stein L, Santos AB. *Assertive Community Treatment of Persons With Severe Mental Illness.* Nueva York y Londres: WW Norton&Co; 1998; p 274.
69. Stein L, Test M. Alternatives to mental hospital treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 1980; 37: 392-97.
70. Systema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wilesma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 116: 105-12.
71. Test M, Stein L. Alternatives to mental health hospital. III. Social Cost. *Arch Gen Psychiatry.* 1980; 37: 409-12.
72. Thomas C, Weisman G. Emergency planning: the practical and theoretical backdrop to an emergency treatment unit. *Int J Soc Psychiatry.* 1970; 16: 283-87.
73. Thornicroft G. The concept of *case management* for long term mental illness. *Int Rev Psychiatry.* 1991; 3: 125-32.
74. Turkat D. Psychosocial rehabilitation: a process

- evaluation. *Hosp Community Psychiatry*. 1982; 33: 848-50.
75. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont O, Harrison-Reed P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*. 1998; 316: 106-9.
76. van Os J, Drukker M, Campo J, Meijer J, Bak M, Delespaul P. Validation of remission criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 2.000-2.002.
77. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ*. 2001; 323: 948-49.
78. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, et al. Reducing violence in severe mental illness: Randomised controlled trial of intensive *case management* compared with standard care. *Br Med J*. 2001; 323: 1.093-1.096.
79. Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services: Classification and sustainability. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*. 2004; 789-96.
80. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health *case management* over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000 nov; 51 (11): 1.410-1.421.

ANEXOS

ANEXO I. FICHA DE DATOS

NOMBRE:

EDAD:

PROCEDE DE:

CCEE CSM MAP Ingreso Servicio de urgencias

N.º HISTORIA:

SEXO:

Hombre Mujer

ESTADO CIVIL:

Casado/pareja Separado/divorciado Soltero/sin pareja Viudo Otros

SITUACIÓN LABORAL:

Activo En paro Pensionista ILT

CONVIVENCIA:

Solo Familia/origen Pareja y/o hijos Piso protegido

NIVEL DE ESTUDIOS:

Sin estudios Primarios Secundarios Licenciado

DX PRINCIPAL:

Esquizofrenia Otro tno. Psicótico Tno. Neurótico Tno. Uso sustancias Depresión
 TAB TP Demencia Otros

DX SECUNDARIO:

INGRESOS PREVIOS:

DÍAS DE INGRESO PREVIOS:

INGRESOS POST:

DÍAS DE INGRESO POST:

TIPO DE INTERVENCIÓN:

Psiquiatría Psicología Enfermería Grupo

FECHA INICIO: **FECHA ALTA:**

CGI INICIO: **CGI FINAL:**

TTO FARMACOLÓGICO:

AP AD BDZ Estabilizantes Otros

CONSUMO TÓXICOS: Sí No

FUMADOR: Sí No

SUSTANCIA: (marcar la principal como tal)

THC OH Anfetaminas Cocaína
 Opioides Inhalantes BDZ Alucinógenos

DERIVACIÓN AL ALTA:

CCEE CSM MAP Ingreso Abandono

ATENCIÓNES EN URGENCIAS PREVIAS:

ATENCIÓNES EN URGENCIAS POST:

OBJETIVOS:

.....

.....

N.º DE CONSULTAS:

ANEXO II. IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (CGI) DEL EPISODIO

<p>Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)</p> <p>Basándose en su experiencia clínica, ¿Cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?</p>
0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos
<p>Mejoría global (CGI-GI)</p> <p>Comparado con el estado inicial, ¿Cómo se encuentra el paciente en estos momentos?</p> <p><i>(Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)</i></p>
0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

CGI GLOBAL DE LA ENFERMEDAD

Puntuar de 0 a 7.

ANEXO III. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas rodeando debajo de cada ítem el número que corresponda a la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

- No
- Sí, parcialmente
- Sí, en general
- Sí, totalmente

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

- Totalmente
- En general
- Parcialmente
- Ninguna

4. Si un amigo necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

- No
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Sí

5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?

- Muchísimo
- Mucho
- Bastante
- Poco

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

- Mucho
- Bastante
- Poco
- Nada

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

- No
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Sí

ANEXO IV. ESTUDIOS EXCLUIDOS

La saturación de los servicios de salud mental (con una demanda creciente) hace que existan presiones para reducir la duración de los tratamientos ambulatorios a fin de proveer una mayor rotación de pacientes y disminuir las listas de espera. Además, el encarecimiento de los recursos hospitalarios produce una mayor presión para reducir el número total de días que un paciente puede permanecer ingresado. Por ese motivo, han proliferado las intervenciones limitadas en el tiempo y diseñadas para incidir sobre problemas concretos. Los programas de intervención psicoterapéuticos limitados en el tiempo tienen, sin embargo, un importante problema, la alta tasa de abandonos ya que hasta un 50 % de pacientes abandonan antes de la octava sesión (Garfield SL, 1994). Clínicamente la situación de crisis se manifiesta de forma muy heterogénea con clínica ansioso depresiva. Se ha demostrado que la clínica que acompaña a una crisis mejora a través de estas intervenciones psicoterapéuticas, aunque su efecto parece disiparse tras los 12 meses posteriores (Marini M, 2005). El objetivo de este estudio fue analizar las causas de abandono del tratamiento de una intervención breve en el momento de la crisis. Para ello se incluyeron a pacientes jóvenes en situación de crisis que acudieron a la Universidad de Padova solicitando ayuda y cuyo diagnóstico era trastorno afectivo o de ansiedad en la mayoría de los casos. Se excluyó a pacientes con diagnóstico de psicosis o abuso de sustancias. Finalmente, fueron incluidos 128 pacientes. La intervención llevada a cabo consistió en 10 sesiones semanales de 45 minutos. La tasa de abandonos fue del 20 %. Se asoció la posibilidad de abandono del tratamiento con un diagnóstico de trastorno límite de personalidad (TLP) junto con alguna de las siguientes variables: ser joven (menor de 30 años), ser mujer, tendencia al acting a fin de evitar el abandono y relaciones interpersonales deficientes con menor apoyo social. Ninguno de los pacientes abandonó en las tres primeras sesiones lo que puede sugerir que la crisis en sí misma puede facilitar el cumplimiento del tratamiento, además de la motivación y las expectativas de la terapia. Según este artículo, el diagnóstico de TLP es probablemente un indicador de que los pacientes necesitarán tratamientos a más largo plazo. No se trataba de un estudio aleatorizado ni con grupo control.

En 2005 se publica un estudio cuasi experimental (Johnson S, 2005) realizado en Londres, puesto que el diseño de ensayo clínico randomizado presenta entre otros problemas éticos. ¿Cómo se le niega tratamiento específico a una persona en situación de crisis si existe un recurso habilitado para ello? Se recogieron datos seis meses antes de la puesta en marcha del programa y nueve meses después. El tratamiento consistía en una intervención durante la crisis disponible las 24 horas al día, con un equipo multidisciplinar. El paciente podía ser visto más de una vez al día. La intervención finalizaba cuando acababa la crisis. La satisfacción de los pacientes puede ser un sesgo de respuesta, responden los que están satisfechos, ya que la participación suele ser baja (porque se trata de personas que acaban de pasar una crisis). A las seis semanas, el número de ingresos y los días de estancia por ingreso habían disminuido pero a los seis meses del inicio del tratamiento el 60 % de los pacientes fue ingresado. Destacar que no se halló ninguna diferencia en los ingresos involuntarios, lo que puede sugerir que estas estrategias están orientadas a disminuir los ingresos voluntarios. La satisfacción era mayor para los pacientes tratados por el equipo de crisis. En relación con otras variables pronósticas clínicas y sociales no se hallaron diferencias. Este estudio se excluyó porque aunque es experimental no era aleatorizado y, además, no existía un grupo control.

La variable de interés en este tipo de estudio suele ser el número de hospitalizaciones y la duración de las mismas, pero como hemos visto, esta variable está sujeta a la variabilidad geográfica y limita la validez clínica. Se ha demostrado que la remisión sintomática es clínicamente significativa, se consigue por un buen número de pacientes y nos es útil en todo el curso de la enfermedad; además, se asocia con cambios en la satisfacción del paciente y la familia con los servicios utilizados, las puntuaciones en las escalas de funcionalidad como la EEAG y en menor medida con la calidad de vida (van Os J, 2006). Aunque esta afirmación es válida para la esquizofrenia, podría serlo también para otras enfermedades severas y

de curso crónico como los TP. Esta variable (la remisión) podría pues ser más útil para medir la efectividad de determinada actuación que el número de ingresos. Bajo estas premisas se llevó a cabo un estudio en Holanda en forma de estudio observacional en un área determinada de Maastricht en 2002 (Bak 2002). Fueron reclutados un total de 154 sujetos diagnosticados de psicosis no afectiva con un seguimiento de 372 días. Se encontró una posibilidad de remisión del doble para los pacientes incluidos en el programa (con características de TAC), probabilidad que se mantenía tras ajustar el resultado a los factores de confusión. Sin embargo, debido a las características del estudio sólo puede ser considerado un resultado exploratorio generador de hipótesis que deben ser replicadas en estudios posteriores.

Un trabajo de publicación reciente (Carpenter J, 2011) observacional naturalístico y longitudinal, llevado a cabo en Inglaterra mediante la observación de 33 equipos asertivos que atienden pacientes en un área geográficamente delimitada de características similares al anterior (estudios de la vida real), que tuvo en cuenta la fidelidad de los diferentes equipos a los principios de TAC según la escala Dartmouth con un seguimiento a los tres años, describe una mayor adherencia de los pacientes con una disminución en la necesidad de ingresos hospitalarios. El pronóstico no se midió exclusivamente por los días de ingreso, se tuvieron en cuenta también variables clínicas y sociales. No existió un grupo control por lo que no se puede achacar directamente la mejoría observada a la intervención aplicada.

Aunque el TAC y el ICM han sido tratados en algunos casos como la misma intervención, se han hecho esfuerzos para tratar de distinguir ambas intervenciones. Por un lado, tienen en común que ambas se tratan de intervenciones ambulatorias intensivas para ayudar a personas con enfermedad mental grave a integrarse de la mejor forma posible en la sociedad, basándose en cosas prácticas como la medicación, el empleo, el alojamiento, las finanzas... por otro lado, el ICM no representa un programa claramente delimitado si no que incluye varias de las aproximaciones del *case management* de forma más intensiva (Schaedle R, 2002). Aunque algunos han sugerido que las similitudes son mayores que las diferencias (Bond GR, 2001), otros autores describen claras distinciones entre una y otra en la conceptualización y en el pronóstico de sus pacientes (a Marshall M, 2000). Tras una encuesta telefónica en Inglaterra a los máximos expertos en esta área (Schaedle R, 2002) se llegó a la conclusión de que los expertos de TAC conceptualizaron este modelo como un tratamiento integral y de rehabilitación que engloba todos los servicios necesarios, mientras que el ICM tiene sus raíces en el *case management* con mayor énfasis en las fortalezas del paciente que coordina los distintos servicios necesarios para el paciente. No obstante, ha sido imposible distinguirlos para la presente revisión.

No se sabe a ciencia cierta por qué un paciente tras el alta hospitalaria no acude a seguimiento, si se debe a las características del propio paciente y su enfermedad o la disponibilidad de los servicios de salud ofertados o a ambas. En 2002 (Cuffel B, 2002) se publica un estudio llevado a cabo en 2000 con los pacientes que ingresan durante ese año (de mayo a diciembre) y en 1999 (durante el mismo periodo) en EEUU. Los pacientes ingresados durante el año 2000 son asignados al alta de forma aleatoria a tres tipos de tratamiento: tratamiento habitual (cita tras 72 horas y llamada a las 24 horas), tratamiento para la mejora de la adherencia (cita tras 72 horas, llamada cada día tras el alta hasta la cita y semanalmente hasta garantizar que el paciente ha iniciado el seguimiento) y tratamiento intensivo *case management* (contacto con el paciente durante el ingreso y seguimiento más exhaustivo que los anteriores). Como conclusión, no se encontró que una mayor intensidad en el cuidado ambulatorio fuera capaz de aumentar las tasas de seguimiento ambulatorio ni de reducir las tasas de reingresos. No obstante, hay que tener en cuenta que el número de pacientes fue bajo en las distintas ramas de tratamiento.