

TESIS DOCTORAL

EL MODELO AVILÉS
PARA LA
IMPLANTACIÓN DEL
TRATAMIENTO
ASERTIVO
COMUNITARIO EN
ESPAÑA

AUTOR: JUAN JOSÉ MARTÍNEZ
JAMBRINA

AVILÉS, ASTURIAS, 2017

DIRECTOR: JUAN CARLOS HERNÁNDEZ
CLEMENTE

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA.

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MADRID

INDICE

1. INTRODUCCIÓN:
 - La asistencia a los enfermos mentales graves
 - ¿Por qué surge el Modelo Avilés?
 - La Continuidad de Cuidados
 - Hipótesis.
2. LA VISITA DOMICILIARIA, elemento clave del Tratamiento Asertivo Comunitario
3. EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN EL MUNDO. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. FACT VERSUS OTROS MODELOS.
4. EL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO. MODELO MADISON. Aspectos estructurales y de proceso
5. EL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO DE AVILÉS. Composición, estructura, proceso y resultados
6. EL TAC EN ESPAÑA: Proceso de difusión.
7. UNA EXPERIENCIA DE 18 AÑOS. RESULTADOS DE FUNCIONAMIENTO.
8. FIDELIDAD Y CALIDAD EN EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO
9. CONCLUSIONES

1.- INTRODUCCIÓN

Los análisis que han realizado diversos autores sobre los procesos de reforma psiquiátrica desarrollados en España desde los años 70 del siglo pasado en España concuerdan en que no ha habido un desarrollo homogéneo y, en ocasiones, ni siquiera coherente entre las distintas Comunidades Autónomas (1). También suele existir coincidencia a la hora de señalar los factores que justificarían este escaso desarrollo y una repercusión negativa en los modelos avanzados de reforma o en «tercera fase», como se denominan aquellos en los que se postula «una nueva manera de entender el manejo de la enfermedad mental, las relaciones de los enfermos psiquiátricos con la sociedad y la provisión de las medidas asistenciales precisas para satisfacer sus necesidades».

Los dos factores principales serían: 1) El insuficiente desarrollo en la comunidad de estructuras o dispositivos intermedios y de apoyo, así como de programas de rehabilitación y acogida de los pacientes, especialmente de los más graves y 2) una notable insuficiencia de las formas más propiamente comunitarias de actuación como puede ser la continuidad de cuidados (expresada en los seguimientos cercanos, la intervención en crisis, visitas domiciliarias, etc.)

A estos factores citados habría que añadir la insuficiencia de la clínica y sobre todo de las clasificaciones de enfermedades mentales que, aunque persistente y tenazmente negada, importa señalar por el sesgo que conlleva su utilización. El psiquiatra Bartolomé Llopis advirtió sobre la volubilidad de las clasificaciones hacia 1950 en su artículo “La psicosis pelagrosa” pero tal vez fue el psiquiatra alemán Kurt Schneider, tan desvalorizado en la actualidad, sobre cuya base argumental han crecido los DSM y no sobre la de Emil Kraepelin como suele acusarse, el primero en señalar seriamente al respecto de ese peligroso juego: “Yo no puedo decir que esto sea una esquizofrenia sino que a esto lo llamo esquizofrenia o, bien, que esto es lo que hoy llamamos corrientemente, una esquizofrenia”. Y es que un grupo importante de nuestros usuarios son pacientes graves con variadas categorías diagnósticas, cuyos síntomas son suficientemente importantes como para interferir en las capacidades funcionales de su vida diaria: en su autocuidado, en las relaciones sociales y laborales, en el aprendizaje, en el ocio, etc. Esa gravedad puede amortiguarse o

agudizarse dependiendo de la riqueza, densidad y diversidad de la red social en la que estos pacientes están insertos, pudiendo generar en ellos un mayor o menor grado de afrontamiento, como numerosos estudios han confirmado (2-4). Ello supone que desde el diagnóstico y los elementos clínicos no podemos realizar un pronóstico. Y es que, a fecha de hoy, ningún diagnóstico define totalmente a una persona; tiene ese trastorno pero también tiene otras cosas; el diagnóstico no quiere decir nada inevitable, no tiene suficiente capacidad predictora y varios estudios epidemiológicos así lo atestiguan (5-7). Y es cuando las ciencias tienden como hoy en día a la complejidad cuando nos encontramos —a veces con demasiada frecuencia— con simplificaciones elementales. Frente a este reduccionismo en la práctica clínica en Salud Mental, en la que el profesional «se queda» con las partes enfermas excluyendo otras que pertenecen al cuerpo social con las que generalmente no sabe qué hacer y con las que inventa una diversidad de entidades nosográficas que resultan insuficientes a la hora de construir intervenciones, frente a ese reduccionismo, se hace necesario un aporte desde fuera de la clínica para poder hacer una lectura integral de la realidad del sujeto. Y es el conocimiento de esa realidad el que posibilita intervenciones desde distintos niveles organizativos de una manera compleja y no lineal en los problemas de Salud Mental, sobre todo en los más graves. De esto se ha ocupado profusamente el psiquiatra italiano Mark Spivak. (8)

De ahí la necesidad de contemplar simultáneamente aspectos variados que tendrán su reflejo en el proceso terapéutico porque esa intervención, la actuación con los pacientes, relega el diagnóstico, le confiere otro significado en términos de pronóstico, discapacidad y calidad de vida.

Por eso, por esa complejidad, desde la práctica de la atención a las personas con trastornos mentales graves, el operador que articula y amplía los sistemas de referencia debe ser un equipo multi e interdisciplinario enriquecido con «aportes y suministros» de otros servicios y agencias, que van desde dispositivos específicos de la red de Salud Mental (estructuras intermedias tipo hospital de día, por ejemplo), con los cuidados convencionales que prestan a los recursos comunitarios (inespecíficos) y los cuidados formales, específicamente comunitarios, cuya potencialidad terapéutica es

una fuente que está lejos de ser, primero aprovechada y, después, agotada. Es cierto que la sociedad española no tiene la misma vertebración ni la misma organización a este respecto que la sajona ni la centro europea ni la nórdica. En los países del sur de Europa (España, Portugal, Grecia, Italia, etc) adquieren un enorme peso en la comunidad las redes familiares cuya solidez y solidaridad con el cuidado de los enfermos permite una mejor y más rápida reintegración del enfermo mental en el seno de la sociedad a la que pertenece a la vez que tienen muchos menos ingresos hospitalarios, como señala Salvador Carulla en sus comentarios sobre la economía de la salud mental en España (Gaceta Sanitaria, 2007) (9)

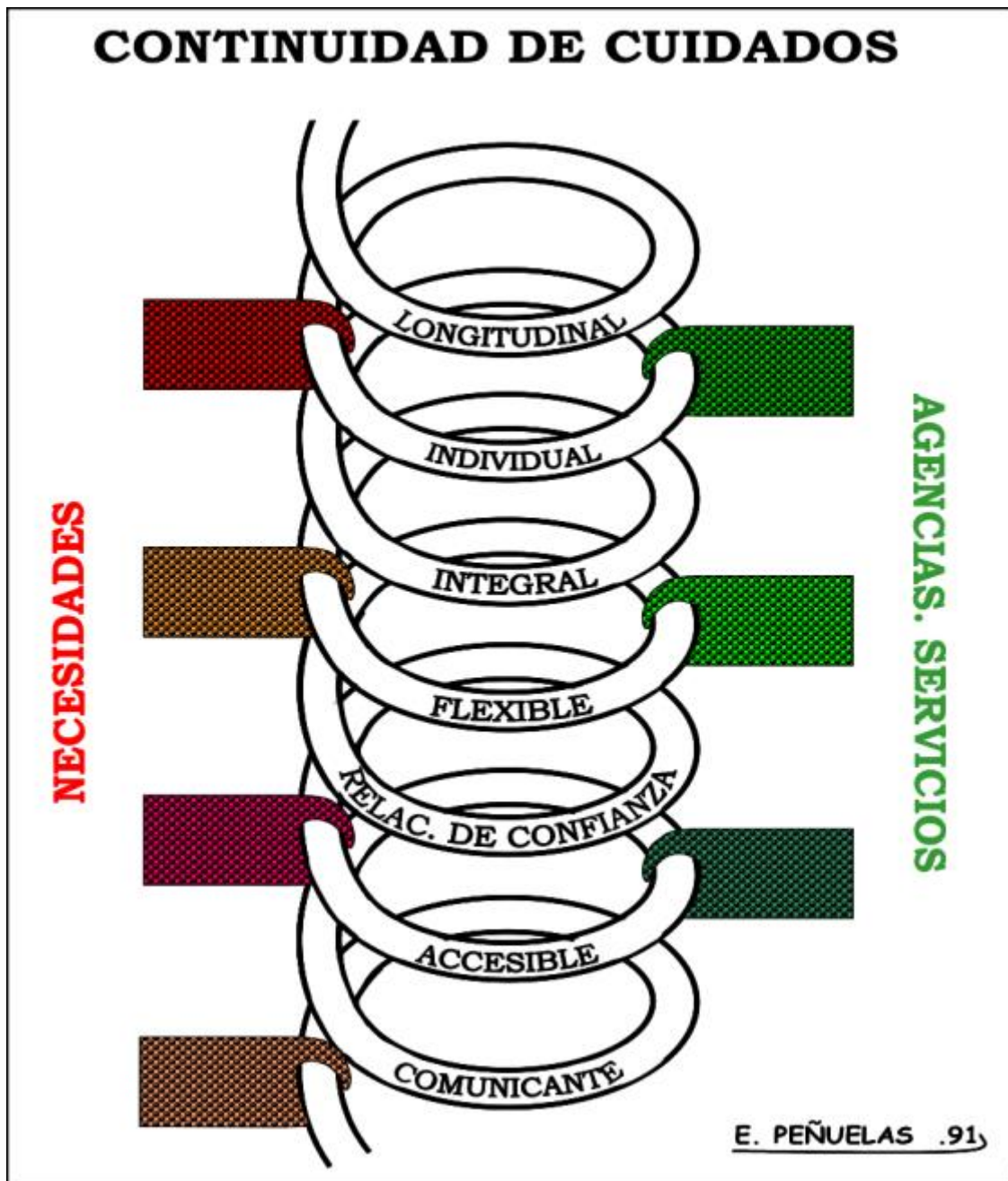
En un artículo que comenta la tendencia de la psiquiatría comunitaria a la multidimensionalidad (ojo, no a la transdisciplinariedad, que nos parece un concepto que anega de confusión la reflexión al respecto) comenta Ramos Montes (10) que «hay que avanzar hacia el reto de la complejidad de servicios, creando sistemas integrados de cuidados, reforzando los criterios organizativos y evaluando las intervenciones con criterios de coste-efectividad». Con esto estamos totalmente de acuerdo. Además, habría que resaltar algo que enfatiza el autor: que «el enfoque asistencial basado en un solo eje teórico no puede nunca reivindicarse como un modelo comunitario»; esto, escrito en el 2000, se viene diciendo —que no ejerciendo— desde hace tiempo. Y aún siguen los baldíos intentos de demostrar la eficacia de la rehabilitación en instituciones totales, cuando nada más allá de una rehabilitación meramente ocupacional es posible (Benedetto Saraceno, en “El fin del entretenimiento”) (11)

Anteriormente se ha comentado el consenso de los autores en los últimos años sobre el insuficiente desarrollo de la continuidad de cuidados en los procesos de reforma psiquiátrica. En 1997, Schreter (12) diseña un cuadro de propósitos de futuro para el siglo XXI (*Psychiatric care for the 21st century*) enfatizando que se exigirá y se desarrollará la continuidad de cuidados. Se exigirá y desarrollará dice. La noción de continuidad de cuidados está histórica e implícitamente unida a los enfermos mentales crónicos y graves y no tiene nada que ver con una relación permanente con un mismo servicio al que queda «pegado» el paciente.

La observación de nuevos modelos de cronicidad confirmando la hipótesis de que ésta es un fenómeno policausal (no solo fruto de la atmósfera hospitalaria, manicomial, ni sólo una supuesta connatural evolución de la enfermedad) y los nuevos patrones de utilización de servicios obligan a plantearse nuevas estrategias que den respuesta a las necesidades diferenciadas del paciente en los diversos momentos de su proceso, y en esto consiste en esencia la llamada “continuidad de cuidados” que muchos han considerado como el principio fundamental de la psiquiatría comunitaria. No debe olvidarse el significado que en la literatura anglosajona tiene el término “cuidados” significando o incluyendo en sentido amplio: tratamiento, rehabilitación, apoyo y soporte. Y esto es muy importante: No nos sirven sistemas que dicen garantizar la continuidad de cuidados sin garantizar TODAS estas prestaciones. Y esto debe resaltarse porque de ese significado deriva su asociación con la interdisciplinariedad, ya que es imposible la satisfacción de las necesidades citadas del paciente sin la concurrencia de disciplinas y estructuras diversificadas y que tienen su lugar de acción en el espacio comunitario, espacio que por otra parte contiene y da forma a la existencia normal y patológica del sujeto. Así se puede entender como función básica de la continuidad de cuidados el acompañamiento en las necesarias transiciones, así como el trabajo de ir desplazando y diversificando vínculos, haciendo más complejas y más ricas las relaciones. Y esa interdisciplinariedad aludida, no exenta de dificultades, confusiones e interdicciones entre unos y otros como se ha señalado en varios estudios (13, 14) y cuya acción, el trabajo interdisciplinario para el que no se precisa siquiera estar en un mismo equipo ni depender de la misma administración sino confluir, trabajar y aunar intervenciones, teniendo claros los límites del saber de cada uno y respetando los campos de conocimiento de los otros, ese trabajo supone tanto articularse como interactuar sobre una problemática concreta, además de delimitar las tareas y coordinar las intervenciones que permitan la continuidad de cuidados. Y un trabajo así concebido permite que se racionalicen y se utilicen eficazmente los recursos, sin que se dupliquen los servicios y profesionales, sin que se repitan actuaciones o se «deriven» los casos sin continuidad ni coordinación.

Este gráfico realizado por el psiquiatra Enrique Peñuelas resume a

la perfección lo descrito previamente, las tensiones entre los distintos agentes que interactúan sobre el paciente con una enfermedad mental grave.



En este trabajo interdisciplinario hay que destacar en los equipos de Salud Mental una figura, la del “responsable del caso”, llamado de diferentes formas en la literatura especializada (tutor, guía, etc.). El objetivo que pretende esta figura es evitar el desamparo y fragmentación asistencial y asegurar la continuidad de cuidados, siendo conocidos los riesgos de la circulación de pacientes por

diversos servicios sin la existencia de referentes cuando se adoptan decisiones vitales para el paciente. Se trata de superar esa confusión frecuente que se da al considerar la continuidad asistencial (de un centro a un dispositivo u otro, pero sin conexión) como una continuidad de cuidados que como vemos, son distintos o muy diferentes en las características de las intervenciones y la consecución de las metas propuestas en los programas de atención dirigidos a estos pacientes gravemente perturbados. Hay que perseguir la CONTINUIDAD y evitar la irrelevante CONTIGÜIDAD

Programas de atención que entendemos como un conjunto de acciones y actuaciones tendentes a que las personas con discapacidades psíquicas puedan lograr un funcionamiento lo más adecuado posible utilizando al máximo sus recursos y capacidades, las que mantienen y las que puedan construir habilitándoles para ello, en un contexto social normal y llegar a desenvolverse de tal forma que las intervenciones y la organización de los servicios tengan como objetivo fundamental activar y no invalidar las capacidades del sujeto.

Estos programas de atención y las consiguientes formas de intervención deben ser prioritariamente integradas, de forma que permitan articular intervenciones farmacológicas adecuadamente refrendadas por la literatura internacional, intervenciones psicológicas que posibiliten abordajes psicoterapéuticos desde los diferentes modelos y escuelas, todo ello con las necesarias intervenciones sociales, familiares y laborales.

Hablábamos de la continuidad de cuidados. De las características básicas que se han atribuido a la continuidad de cuidados, queremos resaltar la transversal o sincrónica por lo que significa organizativamente para los servicios, que asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente, éste pueda recibir una variedad de servicios relativos a sus múltiples necesidades. Estas posibles aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que puede cubrir desde áreas de atención médica, a proporcionar asilo, alojamiento y acomodación o capacidad laboral y oportunidades de empleo. Bien es cierto que esta integralidad de lo biológico, psicológico y social constituye un entramado de relaciones mucho más complejas de lo que se suele

pensar y en cualquier programa de atención diseñado para enfrentar el problema de los trastornos mentales graves, hay que tener presente la complejidad de esta interrelación, porque todo programa integrado de atención a pacientes graves debe tener como meta y horizonte el espacio de la vida común, el entramado social donde viven los individuos y la creación de nuevos vínculos sociales, la creación de expectativas, proyectos vitales y habilidades, que permitan acceder a otros espacios y promuevan y garanticen la interacción.

Toda esta complejidad de programas terapéuticos no puede ser asumida por un solo profesional dada su imposibilidad para dar respuesta a todos los aspectos de los que estamos hablando; por ello, todas las actuaciones deben asentarse en un *equipo* terapéutico. La diferencia conceptual es importante por lo que significa un modelo de atención tradicional (y actual), o bien desde la perspectiva de la Psiquiatría Comunitaria que enfatiza la intervención del “equipo”. Nuestra experiencia y algunas publicaciones hablan del riesgo que supone escindir intervenciones en este planteamiento, adjudicando algunos programas a la tutela de Servicios Sociales y otros a los servicios sanitarios. Nuestra impresión es que la Reforma Psiquiátrica se hizo para avanzar en todos los campos que supongan un beneficio del paciente y esta fragmentación, allí donde se ha producido, ha dejado unos resultados más que deseables en cuanto a su fidelidad al espíritu de la Reforma y a los resultados obtenidos.

Se ha tratado anteriormente del trabajo interdisciplinario; resta decir que el trabajo en equipo en Salud Mental es complicado y que se tarda en configurar un equipo integrado y cohesionado y que el riesgo de escisión está presente; escisión que de producirse, anularía su eficacia al fragmentar con ello las competencias, perdiéndose la posible convergencia de conocimientos y actuaciones. Como puede comprenderse, la complejidad de los programas a que antes se hacía alusión requiere una diversidad de servicios que posibiliten la creación de una dinámica de «pasos y transiciones», necesarios en todo proceso de desarrollo, e introduce asimismo, una representación de movilidad opuesta al estatismo y a la fijación institucional —es decir a la burocratización— que representa el estereotipo de la cronicidad.

Para realizar estos pasos y transiciones son imprescindibles las funciones de soporte y acompañamiento por parte de los profesionales a su cuidado. Por una parte, el acompañamiento, función no valorada por muchos clínicos y a la que se tiende a desacreditar. Acompañamiento como función de mediación con lo real, con el hacer cotidiano, favoreciendo la evolución progresiva a ocupar espacios comunitarios facilitando el aprendizaje *in situ* a nuevas experiencias, revalorizando su vida psíquica y como afirma Racamier: “Despertando en ellos los más pequeños placeres de la vida». ¹⁵ El acompañamiento trata, pues, de dar un soporte gradual para que el individuo logre más autonomía. A fin de cuentas, recordaba el psiquiatra alemán HJ Weitbrecht: “Tras la petulancia paranoide, tras el desdén del enfermo se esconde una viva necesidad de contacto, de poder volver a confiar en alguien”.

La otra función importante es la de proporcionar soporte social. Sabemos que el ambiente en que se desenvuelve la vida de las personas no es un decorado o trasfondo en su conducta sino que constituye un intercambio de acciones que proporciona el contexto en el cual se entiende la conducta. Y es en donde se ejerce como sujeto, como ciudadano. Al principio de este escrito se comentaban los estudios relativos al papel amortiguador del soporte social frente a múltiples estresores sobre la salud mental. De ahí el interés por las funciones de mediación para conseguir el aprovechamiento de la densidad de la red social para proporcionar soporte cuyos contenidos tienen que ver con suministros de confianza y empatía (emocionales), ayudas en la búsqueda de prestaciones de todo tipo, desde ayuda a domicilio, pensiones, habilidades, etc. (de tipo instrumental o instrumentales) o a través del consejo, o de la comunicación y orientación sobre recursos y oportunidades (o sea, informativo), y por otra parte aporte de *feedback* (valorativo).

En el área de Avilés, en 1999, desde hacía años y gracias al Registro de Casos Psiquiátricos, teníamos constancia del número de casos graves, de las «pérdidas» de muchos de esos casos, de la utilización reiterada de las urgencias hospitalarias ante las descompensaciones. La hoja de ruta marcada con el proceso de Reforma estaba fallando, sobre todo en la atención a los más graves.

Y nos hicimos unas preguntas, que son las **HIPÓTESIS DE ESTA TESIS**

1. *¿Es posible mantener en la comunidad al grupo de personas con trastornos mentales más graves?*
2. *¿se pueden disminuir los índices de urgencias y reingresos hospitalarios de ese grupo?*
3. *¿es posible disminuir la estancia media con respecto a hospitalizaciones previas?*
4. *¿es posible un aumento de la adherencia a los servicios de Salud Mental?, 5.*
5. *¿se pueden disminuir las recaídas, suicidios y tentativas?, y 6.*
6. *¿se puede mejorar la calidad de vida personas con trastornos mentales graves y de sus familiares con intervenciones de los servicios de Salud Mental?*

Algunos pensamos que para todas estas preguntas existen respuestas positivas que hemos intentado canalizar a través del *Modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario*. Desde el día 7 de junio de 1999 funciona en Avilés el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario que ha sido reconocido como «Ejemplo de buenas prácticas» en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2006. (16)

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) era en aquel momento un componente clave del sistema de atención a los enfermos mentales graves tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra (17) y su efectividad estaba y está avalada por numerosos estudios (18, 19, 20). Pensamos que su incorporación al catálogo de prestaciones del sistema sanitario español es clave, como especifica Thornicroft y Tansella (21) en cualquier servicio sanitario público que se precie pero que necesita de una serie de variaciones con respecto a los modelos originales que no desvirtúan la filosofía básica que sostiene el TAC clásico. De la experiencia acumulada a lo largo de estos años para implantar y desarrollar nuestro Equipo de TAC da cuenta el Modelo Avilés.

¿Por qué llamamos a esta forma de intervención “Modelo Avilés”?

Un modelo, según la establece la filosofía (22), es una analogía o patrón aprehensivo que representa la estructura global de por ejemplo una teoría, una práctica, etc y se utiliza como una guía para visualizar “como si funcionara de esa determinada manera”, y que así puede ejemplarizar: en nuestro caso la conjunción y explotación integral de los recursos en la asistencia a personas con Enfermedades Mentales Graves del Área Sanitaria de Avilés.

El término “modelo” significa que se está estableciendo una analogía. En un modelo intentamos aplicar los conceptos de un campo a otro, suponiendo que el campo nuevo es similar o tiene abundantes semejanzas al ya conocido y que se puede entender mejor estudiándolo de esa forma. Pero hay que decir que en el campo que nos atañe el concepto modelo habría que considerarlo no rígido ni estrechamente formal, como son otros modelos de otras disciplinas (p.e. modelos matemáticos), sino como series un tanto flexibles de postulados o puntos de vista. No obstante hay que señalar que la elección de un modelo tiene algunas consecuencias muy importantes en cuanto a la manera en que se trabaja en este campo. Pero también hay que decir que alguna posición conceptual se refleja en todo aquello que los profesionales de Salud Mental hacemos, y es obvio, que esa conceptualización o la tenemos sistemática y reflexionada (y organizada en nuestra cabeza) o implícita por lo que hacemos. Y la elección o adopción de un modelo particular influye “a priori” respecto a cómo se sitúa uno ante una necesidad, problema, conducta, y como la interpreta y como actúa...

El Modelo Avilés es una estrategia de funcionamiento de servicios de Salud Mental para personas con Trastornos Mentales Graves que es posible a nuestro entender en aquellos lugares donde exista un desarrollo avanzado de servicios y que puede ser una guía para transformar y desarrollar servicios útiles. Y aunque no existen medios simples para decir de antemano si un modelo determinado en un lugar definido se mostrará fructífero o insuficiente, nosotros les vamos a dar cuenta de nuestra experiencia.

Hay quejas decíamos del desarrollo insuficiente de estructuras o dispositivos intermedios. Pero también es cierto, que como hemos dicho anteriormente que en muchas ocasiones, como dice el psiquiatra triestino Franco Rotelli “el problema no es tanto la insuficiencia de recursos, sino que es sobre todo (o exclusivamente)

el de la utilización de tales recursos y de que los hay disponibles pero mal utilizados “y que su propuesta estratégica de rehabilitar las instituciones de la rehabilitación es sensata. Ha faltado “encaje” en los tratamientos de las personas afectadas por un Trastorno Mental Grave y diversos dispositivos han funcionado o funcionan como compartimentos estancos desconectados de las necesarias intervenciones integrales, como si fuesen simples guarderías de pacientes crónicos.

Los documentos producidos en los últimos años, las propuestas de expertos, los grupos de consenso, las recomendaciones abogan de una forma unívoca en la necesidad de servicios integrados y literatura y experiencias innovadoras, réplicas de esas experiencias, variaciones, análisis y meta-análisis, existen en abundancia. Pero hay que decir que a pesar de que existe evidencia bastante consistente sobre cómo deberían orientarse los tratamientos hay una infrautilización de estos, o al menos de llevarlos a la práctica.

Y no es nuevo el propósito de diseñar proyectos de actuación integral y transversales que vinculen a diversos equipos, a diversos niveles y a diversas áreas de la administración y de la comunidad llámese “Sistema de soporte comunitario” como el desarrollado por el Instituto Nacional para la Salud Mental de Estados Unidos o de otra manera. Que existan dificultades para el trabajo en red y la complementariedad exigible, a veces por ejemplo por la asimetría de las prestaciones, no debe ser un obstáculo insalvable. Y ciertamente se pueden superar los comportamientos estancos y la yuxtaposición de actuaciones articulando las formas de trabajo a que nos hemos referido entre los diversos sistemas de atención.

Nuestra experiencia en algunos de estos aspectos que más adelante se comentará ha sido muy positiva y no nos está resultando complicado superar malentendidos; y vemos como la aproximación facilita y crea compromisos y actuaciones comunitarias que optimizan los recursos existentes y generan otros nuevos para ser usados de una forma dinámica modificando también y a la vez su inoperante función estática anterior.

Ya he dicho anteriormente cómo surge el Modelo Avilés, que vuelvo a decir, es un modelo organizativo posible en lugares con un desarrollo extenso de dispositivos de Salud Mental, que con una orientación marcadamente comunitaria posibilita la integralidad de

las intervenciones y que está fundamentado en la noción de continuidad de cuidados en usuarios con Trastornos Graves.

Es un programa asistencial para un grupo de pacientes con T.M.G. y persistentes (hay que señalar que intentamos mantener una ratio 1:10 profesionales/paciente) que pretende ajustarse a sus necesidades atravesando transversalmente todos los dispositivos del Área de forma coordinada garantizando de esta manera una continuidad de cuidados real, mediante el trabajo interdisciplinario comunitario.

Basándonos en estas premisas y en los pobres datos de mejoría de los pacientes graves que obtuvimos de los primeros resultados post-reforma, decidimos titular el inicio del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés como “EL MODELO AVILÉS: UN PACTO CON LA REALIDAD”.

El aliento de quien esto escribe fue, desde que tuvo constancia del estado real de la situación en la asistencia psiquiátrica en Asturias y en España (aún más dramática) fue anteponer la resolución de las necesidades más básicas de los pacientes y sus familiares a movimientos de reforma y contrarreforma tan ideologizados políticamente. El resultado se plasmó en nuestro eslogan: “EL MODELO AVILÉS. UN PACTO CON LA REALIDAD”. Porque ese y no otro ha sido siempre nuestro objetivo. Ayudar a los pacientes y a sus familias a lidiar con la realidad cotidiana y no con la que describen expertos que nunca han estado en una consulta.

A este respecto nos resultó de notable ayuda la publicación de una investigación periodística titulada “RAVAL. DEL AMOR A LOS NIÑOS” (23), que publicó el periodista Arcadi Espada en el año 2003 y donde se describe como tras los oropeles de los discursos oficiales y triunfalistas se escondía una trama de incompetencias de las instancias públicas que debían velar por los más pobres y necesitados. A la Reforma psiquiátrica en marcha le sucedía algo similar: naufragaba allí donde la razón y la duda escaseaban y se hundía cuando el ciego ejercicio de la bondad se ponía en marcha.

En el año 1995 presentamos en el Congreso Nacional de Psiquiatría de Sevilla una comunicación que titulábamos “La Continuidad de Cuidados en Psiquiatría Comunitaria: Una asignatura pendiente “y recuerdo que acabábamos con una cita del

libro “1984” de George Orwell, con un “¿Hasta cuándo?”. Parece que en muchas Comunidades Autónomas españolas sigue siendo actual aquel “¿Hasta cuándo?”.

La noción de continuidad de cuidados está histórica e implícitamente unida a los enfermos mentales crónicos y graves y no tiene nada que ver con una relación permanente con un mismo servicio al que queda “pegado” el paciente.

De las características básicas que en las diversas conceptualizaciones se han atribuido a la continuidad de cuidados – partiendo de los principios fundamentales de cobertura de un Territorio y Equipo de tratamiento continuado - tales como la dimensión longitudinal, la individual (o paciente-céntrica) comunicante, flexible, etc. quiero resaltar la **transversal o sincrónica** por lo que significa organizativamente para los servicios, que asumirán como natural que en cualquier punto en el curso del tratamiento de un paciente, este puede recibir una variedad de servicios relativos a sus múltiples necesidades.

Algunas de estas intervenciones utilizadas tienen el carácter de “tecnología difusa” a la que alude Benedetto Saraceno, pero con objetivos definidos; “difusa – dice– en cuanto se refiere a los problemas complejos y entrecruzados, indefinida por cuanto no está formalizada y se compone de distintos saberes”. Y esta tecnología o “estilo de trabajo” como igualmente llama Saraceno a esa capacidad de actuar complejamente que permite intervenir en situaciones difíciles para las que la única respuesta era hace 30 años la institucional (manicomial), es una modalidad de trabajo que por otra parte contrarresta la tendencia natural a la burocratización y a la cronificación de los trabajadores sanitarios, permitiendo superar los obstáculos que pueden bloquear el desarrollo de un modelo comunitario de asistencia psiquiátrica.

La implantación de estos programas no está exenta de riesgos y deformaciones. Lo primero que debemos saber es si de verdad creemos en las virtudes del Tratamiento Asertivo Comunitario. Habrá riesgos de diversos tipos:

- Administrativos: el escaso conocimiento entre los profesionales. El tener que usar vehículos para desplazarse obliga a conducir a

los trabajadores, algo no muy frecuente así como a abandonar la placidez de los despachos.

- La falta de formación de profesionales en intervenciones a domicilio es acuciante así como la escasez de medios para poner en marcha equipos de este tipo.

Otros RIESGOS como la posible escisión o la burocratización de la práctica asistencial de los Equipos ya han sido comentados; también hay que reconocer que es sincero expresar la relación con los pacientes psicóticos graves como “inconfortable “. La relación intersubjetiva que se instaura en los procesos terapéuticos con estos pacientes tiene la característica de hacer aflorar en sus tutores, cuidadores, terapeutas etc., sus aspectos más angustiosos e impotentes; vivencias que van siendo depositadas en el equipo y que sin la debida contención y elaboración van sintiéndose, cada vez con más intensidad, como una amenaza a su propia organización e integración. En los equipos terapéuticos la movilización de estas ansiedades redundan en que vayan perdiendo sus capacidades terapéuticas, expresando su angustia e impotencia, a través de diversas actuaciones: pérdida de un razonable optimismo terapéutico, invasión de la vida personal, aparición de comportamientos crueles en las relaciones profesionales, incapacidad para el cumplimiento de actividades programadas de común acuerdo, imposibilidad del mantenimiento de sus límites, atmósferas subdepresivas, etc... Esto, que parece un relatorio de enfermedades obliga a cuidar sobre manera a los profesionales que trabajen en estrecho contacto con casos graves.

Creemos que es la convergencia de actuaciones la que debe definir el trabajo de un equipo terapéutico, porque no existe un saber unívoco que explique y dé respuestas a la complejidad del sufrimiento humano y de sus manifestaciones patológicas.

También queremos subrayar una vez más la importancia de cuidar a los equipos, cuestión compleja y engorrosa, que suele facturarse sin apenas prestarle importancia, a la que hay que prestar buena atención señalando que es fundamental que los profesionales que poseen conocimientos más profundos de la contención del mundo emocional del paciente psicótico y de sus repercusiones sobre el equipo terapéutico, sean capaces de transferir estas capacidades al resto del equipo.

Y de las DEFORMACIONES, podemos enumerar algunas como:

1. **Dirigismo**: Aunque a veces necesario, sobre todo al principio, conviene abandonarlo, aunque con frecuencia se tiende a mantener indefinidamente.
2. **Omnipotencia** : Creer que el equipo puede solucionar todos los problemas
3. **Hiperprotección** : Creando una dependencia de los pacientes al equipo
4. **Reduccionismo** : Creer que el trabajo se reduce a aspectos concretos descuidando otros
5. **Hipertolerancia** : Opuesta al dirigismo. Es una concepción victimista del enfermo mental

Compartiendo la opinión del Prof. Julian Leff de que un servicio comunitario completo, en términos de dar respuesta a todas las necesidades de la población de un área no existe y no será nunca posible por ser las necesidades crecientes como una espiral, y que el juicio sobre el éxito de un servicio no puede ser absoluto y tendrá que ser relativo, con esa relatividad y como conclusiones de un trabajo que va a cumplir 18 años presentamos esta tesis.

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés, el primero que se puso en marcha en España, arrancó el 6 de Junio de 1999 con 1 psiquiatra (Juan José Martínez Jambrina), Una DUE. (Cristina Casado González), un Auxiliar Sanitario Especialista en Psiquiatría (Luis Lorenzo Miguel Reguera), una Auxiliar Clínica (María José Álvarez López) y una Trabajadora Social (Rosa Ajenjo Díaz). 18 años después solo una persona ha abandonado el dispositivo por mandato administrativo. Ha habido nuevas incorporaciones pero el núcleo base permanece desde el principio. Que los profesionales de un dispositivo tan específico presenten esta tasa de retención con su puesto de trabajo es altamente significativo.

BIBLIOGRAFÍA INTRODUCCIÓN

- 1.- J García, Vázquez Barquero JL Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. Actas Esp Psiquiatr. 1999;27(5):281-91
- 2.- Cassel J. Psychosocial processes and «stress»: theoretical formulation. Int J Health Serv. 1974;4(3): 471- 82.
- 3.- Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976; 38(5): 300-14.
- 4.- Kuipers L. Expressed Emotion in 1991. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1992;27(1):1-3.
- 5.- Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term. Br J Psychiatry. 1980;136:413-20.
- 6.- Jablensky A, Hugler H. Possibilities and limitations of psychiatric epidemiological surveys of geographically defined populations in Europe. Fortschr Neurol Psychi- atr. 1982;50(7):215-39.
- 7.- Zubin J. Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia? Schizophr Bull. 1985;11(3):461-70.
- 8.- Spivak M. “Introduzione alla riabilitazione sociales, teoría, tecnología e metodi di intervento”. In “Freniatria”. Vol CXI, 1987, 3, 522-574
- 9.- Salvador Carulla L. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente? Gaceta Sanitaria, 2007
- 10.- De la antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria: hacia una psiquiatría de la complejidad. Ramos Montes JM. En Vallejo Ruiloba, J. Update Psiquiatría, Masson Barcelona, 2000.
- 11.- Saraceno B. El fin del entretenimiento. AEN, Madrid, 2014.
- 12.- Schreter RK, Psychiatric care for the 21st century. Psychiatr Serv. 1997; 48:1245-6.
- 13.- Ibáñez ML, Alfaya M, Escudero C, Navarro A, Otero C, Pascual P et al. El reto del trabajo interdisciplinar. 2001;79:91-9.
- 14.- Menéndez F. Interdisciplinariedad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1998; 65: 145-50.

- 15.-** Racamier PC. Los esquizofrénicos. Biblioteca Nueva, Madrid, 1983
- 16.-** Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006; Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 17.-** Killaspy H. Assertive Community Treatment in psychiatry. BMJ. 2007;335:311-2.
- 18.-** Marshall M, Lockwood A. Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders. Cochrane
- 19.-** Rosen A, Killaspy H, Harvey C. Specialisation and marginalization: how the assertive community treatment debate affects individuals with complex mental health needs. The Psychiatrist (2013), 37, 345-348
- 20.-** A solution to the ossification of community psychiatry. Tyrer P. The psychiatrist (2013) 336-339.
- 21.-** Thornicroft G, Tansella M, Law Ann. Pasos, retos y lecciones en el desarrollo de servicios comunitarios de atención de salud mental. World Psychiatry (Ed Esp) 6:2, Septiembre 2008
- 22.-** Mosterín J. *Conceptos y teorías en la ciencia* (3ª edición, ampliada y renovada). Madrid: Alianza Editorial, 2000. 318 pp.
- 23.-** Espada A. Raval: del amor a los niños. Anagrama, 2003.

2.- LA VISITA DOMICILIARIA, ELEMENTO CLAVE DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

En los últimos 50 años, el mundo occidental ha experimentado un importante proceso de transformación del modelo de asistencia psiquiátrica pasando de un modelo centrado en el hospital psiquiátrico a otro centrado en la atención del paciente en la comunidad donde reside.

La asistencia comunitaria tiene dos principios que son columnas basales de su desarrollo: la “toma a cargo” y la “continuidad terapéutica”.

“Toma a cargo” implica una asunción de responsabilidad por el grupo de cuidadores respecto del sujeto individual: hacerse cargo de la historia de las personas individuales, y de organizar un proyecto que les respete y que deberá acompañar con flexibilidad al individuo en su evolución clínica y en su recorrido por todos los dispositivos responsables de su cuidado. Como señala Mario Rossi Monti (1): “Proyecto y proceso son dos palabras claves de la psiquiatría comunitaria. Proyecto terapéutico entendido como capacidad del grupo de trabajo de intentar desarrollar una “fantasía” con la que visualizar posibles modos de desarrollo y transformación de una persona a partir de sus capacidades específicas. El concepto de “proceso” constituye la otra cara del proyecto visto desde la perspectiva del paciente: un proceso que puede ser descrito en términos clínicos pero también en términos institucionales en función de los nodos de la red del servicio con los cuales contacta: el Centro de Salud Mental, la Unidad de Hospitalización Breve, el Hospital de Día, son algunos nodos de esta red. La visita domiciliaria sería uno de los nodos de esta red”. Un nodo bastante peculiar porque nos hace sentir como profesionales «alejados» de nuestro terreno de juego habitual y fuertemente requeridos en el contacto con la dimensión íntima de la vida de las personas.

La Visita Domiciliaria en la asistencia psiquiátrica se ha caracterizado tanto por la vastedad de su práctica como por su feble consistencia epistemológica habida cuenta de que es la herramienta fundamental en modalidades de intervención tan difundidas como es el caso de los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario.

La asistencia domiciliaria representa la totalidad de las intervenciones realizadas en casa del paciente, que tienden a

proveer cuidados médicos, de enfermería y de tipo asistencial de forma integral, para reducir la hospitalización y la necesidad de estructuras de larga estancia.

La intervención domiciliaria implica la idea de un papel activo del servicio y de una toma a cargo que persigue un conocimiento exhaustivo del contexto vital del paciente.

El trabajo hecho en casa del paciente puede aportar a nuestro conocimiento nuevos elementos que en la anamnesis habían quedado ocultos (por ejemplo, casas oscuras con las persianas totalmente bajadas o casas donde el olor repele, etc.) La casa es un lugar impregnado de la historia y de la cultura de la persona y de la familia. Benedetto Saraceno distingue entre **habitar** una casa (que implica un grado elevado de propiedad del espacio donde se vive) y **estar** en una casa (que implica una escasa o nula propiedad del espacio por parte del individuo). La casa es un complejo de experiencias concretas de readquisición y reaprendizaje del uso de los espacios, de la capacidad para usar objetos y oportunidades de la vida cotidiana, así como la posibilidad de visitar una casa propia antigua, las raíces, la memoria...

Las condiciones materiales de vida, el estilo de relaciones objetales, la psicopatología del paciente, muestran en el domicilio una estrecha concatenación y puede tener lugar una praxis modificadora y fecunda, que tenga muy presente el significado relacional de la sintomatología del paciente. El conocimiento de la casa donde vive el paciente es parte de la descripción del **ESPACIO VITAL**, que comprende: vivienda, trabajo, familia, amigos, conocidos, cuidados personales, espacio social y recreativo. Es necesario definir para quién, cuándo, cómo y por qué se realizan intervenciones domiciliarias en Salud Mental.

Hay que delimitar el contexto, el destinatario, la modalidad y las razones

EL DESTINATARIO puede ser:

1. Pacientes psicóticos que rechazan el tratamiento en el CSM o que lo realizan de forma incompleta
2. Pacientes psicóticos, depresiones inhibidas, fóbicos y obsesivos que tiene dificultades para salir del domicilio.

3. Pacientes agudos para los cuales la familia o los vecinos reclaman intervenciones domiciliarias que solucionen una crisis temporal

EL CONTEXTO: la intervención domiciliaria puede tener un carácter **sanitario** y consistir en la visita y la administración de fármacos; o **asistencial** y ser una intervención sobre la calidad de vida; o **institucional**, cuando se interviene con una función antipática de control; o **rehabilitadora**, inscrita en un proyecto previamente planificado.

También desde lo contextual la visita domiciliaria puede ser **esporádica** (pacientes en crisis o imposibilitados temporalmente) o estar inscrita en un **programa reglado** de intervenciones domiciliarias, como en el tratamiento asertivo comunitario, representando una alternativa a la hospitalización o a la institucionalización.

A nivel contextual la estrecha conexión entre paciente, ambiente y enfermedad puede utilizarse, desde la intervención domiciliaria para evitar al paciente el trauma del internamiento y romper el circuito de la cronicidad, en su versión “puerta giratoria”.

También puede transformarse en una hospitalización psiquiátrica domiciliaria para evitar el riesgo de estigmatización en los pacientes más jóvenes o para evitar la desorientación témporoespacial tan frecuente en los ingresos de los ancianos.

La rutina es el mayor peligro de cualquier sistema terapéutico. La Visita Domiciliaria es una intervención que si se perpetúa en el tiempo corre el riesgo de caer en lo rutinario.

Hay tres situaciones donde una intervención domiciliaria continuada en el tiempo puede ser necesaria:

1. Primer episodio psicótico
2. Intervención en crisis

3. Programa de rehabilitación individual a medio y largo plazo (surge riesgo de paciente del inyectable depot y hay que planificar intervenciones para evitar la rutina).

MODALIDAD: En nuestra experiencia, el equipo que realiza la intervención domiciliaria debe constar por lo menos de **dos profesionales**, para poder realizar una adecuada exploración del medio; para poder contener a la familia cuando sea necesario; para interrumpir discusiones; para realizar mejores valoraciones de escenas a veces muy emotivas, etc.

Las **RAZONES** que pueden justificar una visita domiciliaria pueden ser muy variadas:

1. En el ámbito de una relación difícil, la visita domiciliaria puede ser un regalo que el equipo hace al paciente
2. Por invitación del paciente para mostrar el problema que tiene en casa o con la familia, etc.
3. Para hacer de elemento de protección del paciente en confrontaciones con familia o vecinos; para que asuma su responsabilidad cuando sea necesario.
4. Para desarrollar un proyecto de rehabilitación que implique ir al encuentro del paciente si se muestra refractario a otras intervenciones.
5. Para entender mejor situaciones poco comprensibles si nos basamos en la narración del paciente o de la familia

CONCLUSIONES:

1. La visita domiciliaria no es una intervención “naif”, sino que requiere una formación adecuada para desarrollarla acertadamente.
2. Entre los profesionales que las ejecutan, son elementos útiles: la firmeza de ánimo, la humanidad, la educación, hospitalidad, empatía y un conocimiento particular de los espacios físicos y mentales.

3. Es una intervención técnica que no puede delegarse en un profesional no psiquiátrico.

4. Es una intervención con la misma dignidad que otros elementos de la psiquiatría comunitaria.

5. Sin la comprensión psicológica de los que sucede en las visitas domiciliarias será difícil “leer” adecuadamente como vive su paciente en su casa y en el mundo.

UN NUEVO LUGAR DE INTERVENCIÓN: EL DOMICILIO DEL PACIENTE

Una paciente con un florido delirio de estructura parafrénica rechaza desde hace tiempo cualquier contacto con los psiquiatras. Después de un largo trabajo de acercamiento en las cuales el único contacto posible era a través de la puerta cerrada de casa, la paciente es ahora visitada semanalmente por un enfermero psiquiátrico que se ocupa «globalmente» de ella. La impresión es que, aunque sabe que quien la visita es un enfermero del servicio de psiquiatría, prefiere creer que la visita tiene que ver con una especie de asistencia domiciliaria indicada por los servicios sociales. El enfermero, que por su elevada preparación puede moverse con gran flexibilidad, sin tener que «aferrarse» a un rol rígidamente definido utilizado como una especie de escudo defensivo, desarrolla desde hace años y con gran sensibilidad un trabajo de continua reconstrucción de las relaciones sociales interrumpidas o precarias: tranquiliza a los vecinos alarmados por los improperios que la paciente dirige a sus perseguidores, cuida las relaciones con los comerciantes del barrio, tiene contactos con los servicios sociales del barrio, etc. La mujer, que se encuentra sola en el mundo, en su casa parece perfectamente capaz de atenderse a sí misma y de organizar su vida. Los problemas surgen con ocasión de alguna relación con el mundo externo: la compra, el cobro de la pensión, realizar pagos, trabajos en la fachada de su casa, etc. En ausencia de una atención «reticular» de este tipo, hecha posible gracias al alto nivel de solidaridad existente en el barrio, la única alternativa sería la de su internamiento en una institución altamente problemática porque debería realizarse contando con la férrea oposición de la paciente. La situación podría entonces complicarse con el riesgo de que las áreas de autonomía conservadas se desmoronasen como un castillo de naipes.

El domicilio del paciente constituye un lugar relativamente nuevo de intervención. Su aparición sobre la escena se produce en paralelo a la involución del modelo hospitalocéntrico: a la vez que el manicomio ha reducido su influencia han aparecido áreas de intervención anteriormente sumergidas pero que ofrecen enormes posibilidades como Stein y Test demostraron en Madison.

En este sentido la visita domiciliaria y los problemas que conlleva constituyen el producto de una evolución en la asistencia. Las primeras visitas domiciliarias tenían como objetivo el control del estado de salud del enfermo dado de alta «a modo de prueba» del hospital psiquiátrico. Así lo cuenta JP Falret (2). Con el tiempo la visita domiciliaria ha adquirido una nueva fisonomía, y también por la amplia gama de situaciones posibles, ha sido difícil considerarla objeto específico de estudio.

Los ejemplos antes reseñados presentan algunas situaciones típicas que pueden presentarse a los trabajadores de un servicio comunitario de psiquiatría, todas dispuestas a lo largo de un *continuum* que abarca desde la urgencia-emergencia al problema de la toma a cargo prolongada de los pacientes crónicos.

EL DILEMA DE LA VISITA DOMICILIARIA

El dilema más típico ante la petición de una visita domiciliaria es: ¿ir o no ir? El carácter dilemático de la demanda, que se plantea como un todo o nada, parece dejar poco espacio para otras consideraciones y da cuenta del típico clima constrictivo que se instaura en todas las situaciones de urgencia-emergencia.

La no colaboración viene a menudo erróneamente concebida como un dato inmodificable, adquirido de una vez por todas, como si existieran dos categorías separadas (pacientes no colaboradores y colaboradores) y no más bien dos agrupamientos en continua reorganización, separados por una membrana permeable en los dos sentidos. La así llamada “no colaboración” es de hecho (y sobre todo) una variable relacional, en estrecha resonancia con el tipo de relación que se estructura en el tiempo entre aquel trabajador y aquel paciente y por tanto abierta a todas las posibles vicisitudes de cada relación humana (3).

Se trata de situaciones bastante típicas en las cuales la petición de visitas domiciliarias provienen de un tercero (el demandante). En el caso de que la demanda, como con frecuencia ocurre, provenga de los padres o parientes próximos, la cualidad y la cantidad de las informaciones podrán ser mejores, pero, siendo más intensa la implicación, será también mayor el riesgo de un posible uso «de parte» de la intervención del psiquiatra, visto no como elemento de una posible transformación evolutiva sino como una ocasión para sancionar una situación ya consolidada.

Las alternativas radicales tienen de hecho un efecto deslumbrante y, mientras nos impiden captar algunos aspectos de la realidad, nos hacen evidentes y demasiados concretos algunos otros

LOS «ORGANIZADORES» DE LA VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria constituye una «experiencia de radical alejamiento con respecto al marco teórico-práctico en el que [los psiquiatras] están habituados a inscribir sus operaciones cognoscitivas y terapéuticas. [...] Saliendo de las áreas protegidas del hospital y del ambulatorio y desplazándose al entorno vital de los usuarios, los psiquiatras afrontan una aventura que pone a prueba, metiéndola en discusión, su propia identidad». Para Petrella, Bezoari, (4) (1986) y Cutler (5) (1982), por este motivo, la visita domiciliaria es un instrumento importante pero infrautilizado de la psiquiatría comunitaria. En cierto sentido, en la visita domiciliaria toma cuerpo un aspecto sobresaliente del modelo de la psiquiatría comunitaria: el paso de una relación dual a una relación triádica, que contemple a saber, además de al paciente y al médico, la casa del paciente, su familia, y su vida relacional.

Más que una clasificación de los diversos tipos de visitas domiciliarias es útil definir una serie de puntos de referencia, de «organizadores» que permitan leer y valorar los elementos que tenemos a nuestra disposición según al menos tres ejes, con el conocimiento de base de que nuestras observaciones resultarán habitualmente parciales.

El eje psicopatológico

No se puede no estar de acuerdo con Asioli (6) cuando escribe que en psiquiatría la diferencia entre una urgencia definida a partir del

cuadro clínico y una emergencia caracterizada por la rotura de un equilibrio ambiental, también denominada pseudo-urgencia o emergencia social, tiene solo un valor académico por el casi constante «entremezclarse de aspectos sociales con problemas de naturaleza clínica». No siempre, en efecto, la alarma generada en los familiares es directamente proporcional a la gravedad clínica. Por ejemplo, un incremento de la prodigalidad en un paciente al comienzo de una fase maníaca puede suscitar más alarma social que una grave inhibición psicomotora en el contexto de una depresión melancólica con alto riesgo de suicidio.

El eje relacional

Se trata de comprender «cuanto la demanda expresa una necesidad de ayuda para hacer frente a un problema crítico aparecido en el grupo y cuanto, en cambio, conlleva una petición de expulsión del malestar individualizado en un único miembro». En el segundo caso la demanda de visita a domicilio se inserta en una situación conflictiva familiar tras la que existe un gran riesgo de ser utilizados para sancionar una situación de hecho.

Se trata de familias que mantienen habitualmente una ligazón lábil con el servicio y que se refugian de lo que advierten como un excesivo acercamiento. Intermitentemente, cada vez con intervalos de meses, uno de los padres (siempre el mismo) se hace presente para señalar un agravamiento del paciente. La petición de visitas domiciliarias para el hijo deja fácilmente paso a una petición de entrevista para sí mismo, centrada sobre los graves problemas de convivencia que se producen en la familia a consecuencia de la enfermedad del hijo.

Más frecuente es que el trastorno mental del paciente sirva para congelar un malestar difuso de la familia, una relación alterada entre los cónyuges que sin embargo raramente es explícita. La petición de visitas domiciliarias parece aquí establecer una tranquilización en el sentido de permitir individualizar la fuente real del malestar de la familia en el pariente enfermo sin que sea posible encontrar en esta petición una fuerza de cambio.

Teniendo los ojos bien abiertos sobre estas posibles configuraciones de la relación, no se necesita sin embargo olvidar que la visita domiciliaria repetida y programada, como por ejemplo

en el caso de pacientes psicóticos crónicos, se realiza bien al paciente bien al propio grupo familiar por el alto nivel de sufrimiento y angustia que la familia está obligada a soportar y que no siempre se atreve a expresar.

Es una observación frecuente que «la visita domiciliaria por sí, independientemente de los contenidos y de la modalidad específica, representa un factor muy eficaz de estabilización, diríamos casi de pacificación de los intensos estados de alteración emocional que la hacen necesaria», probablemente porque permite confiar al médico una atmósfera y un clima emotivo alterado. Aunque en nuestra experiencia personal esto solo sucede en la familia donde la psicosis está diagnosticada desde tiempo atrás. Y no tiene mucho en sentido en presencia de personalidades psicopáticas.

El eje temporal

¿Cuándo hay que programar una Visita Domiciliaria? ¿Al alta? ¿para asegurar el seguimiento? Siempre debemos diseñar el circuito asistencial entorno al recorrido del paciente, y no al revés (7) (Laszlo, Stanghellini, 1993).

EL MITO DE LA VISITA DOMICILIARIA: ENTRE LA REVELACIÓN Y EL VOYEURISMO

La visita domiciliaria se ha definido como un particular tipo de *setting*, «un espacio temporal en el que es posible instaurar una relación terapéutica». La ideología dominante en algunos servicios de la «visita domiciliaria a ultranza» ha llevado a individualizar en la casa del paciente el lugar en el que reconducir cada intervención del servicio (terapia, asistencia, rehabilitación, etc.). De este modo se crea la ilusión de una suerte de realidad virtual en la cual se esconde la pérdida de la esperanza de que el paciente pueda ser ayudado a entrar (o a reentrar) en contacto con una realidad más articulada y compleja. En este caso se instaura una «relación interminable» en la que —como escribieron Fausto Petrella y Michele Bezoar (4)— visitas domiciliarias repetidas acaban por mantener al paciente en una posición de dependencia perenne sin que puedan percibirse esbozos evolutivos: «el equipo [se] constituye como sustituto, en vez de como mediador, de la realidad social con la cual [el paciente] tiene dificultades de relación».

Por el contrario, otros servicios tienden a negar la importancia de la visita domiciliaria o a devaluarla sin rodeos con vagas argumentaciones centradas en el imperativo categórico de la petición voluntaria y explícita de una intervención por parte del paciente. Valorizar el rol del paciente y sus posibilidades de elección autónoma constituye uno de los principios cardinales de la psiquiatría comunitaria; transformarlo en un imperativo categórico inviolable quiere decir sin embargo caer en la ideología entendida como «sistema de ideas que resiste a la información», significa negarse por principio a acceder a una realidad ciertamente desagradable y ansiógena.

Se debe asegurar la existencia de un «factor autolimitante» de la intervención domiciliaria. La visita domiciliaria se considera como una etapa de un proyecto ideal tendente a devolver al paciente el contacto con la realidad externa, a poder entonces valerse en el futuro de instrumentos que el servicio puede poner a su disposición fuera de su propia familia. En este sentido esta constituye un medio y no un fin y desarrolla una función de mediación y no de sustitución de la realidad sobre todo en aquellos casos en los que una serie de visitas domiciliarias repetidas en el tiempo no parecen producir ningún cambio significativo.

Giuseppe Maffei (8) ha subrayado algunas posibles fuerzas voyeurísticas de una visita domiciliaria movida por el deseo de conocer sobre el terreno lo que no ha sido posible conocer en la relación. En efecto, ir a ver lo que sucede en casa del paciente constituye un aspecto sobresaliente de la visita domiciliaria, centrado sobre la necesidad de ver, sobre la fantasía de desvelar una realidad cerrada, inaccesible y secreta. Este es el «mito de la visita domiciliaria»: caer en el error de considerar el domicilio del paciente como el lugar de revelación de un secreto que es huido en la clínica.

Como ha escrito Karl Löwith: «lo que el 'mobiliario' da a entender a la mirada del Hombre es nada más que el Hombre [...] a quien pertenece dicho mobiliario». Lo que se encuentra en casa del paciente es una atmósfera, un clima relacional o el contacto con una enfermedad mental aguda que implica un compromiso polisensorial, que configuran una especie de «bombardeo sensorial-perceptivo» difícil de elaborar. La visita domiciliaria tiene frecuentemente un alto impacto emocional pero un modesto valor

cognoscitivo en el plano de la clínica. Lo que si «se conoce» es más bien qué hacer con el propio comportamiento contratransferencial, con la propia modalidad de vivir el efecto perturbador de una inmersión en la locura no mediada preferentemente por la escucha sino por un arrastre polisensorial que de ello hace una experiencia por así decirlo «de toma directa».

La visita domiciliaria permite ver una situación así de dramática; pero consiste realmente en la apertura de una comunicación, conlleva la posibilidad de promover una transformación. Desde este punto de vista ver cualquier cosa es solo el primer paso para relatar cualquier cosa junto con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA VISITA DOMICILIARIA

1. Rossi Monti M. La visita domiciliaria: intervenciones sin red. Archivos de Psiquiatría, 2010, 73: 3.
2. Demailly L, Lembinski O, Dechamp-Le Roux C. Les equipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité. Préface. John Libbey Eurotext, Paris, 2014.
3. Riefolo G. Psichiatria prossima. "Il paziente che nono colabora". Pp 112-133. Bollati Boranghieri 2001.
4. Petrella F, Bezoari M. 1982: "Lo psichiatra a casa del paziente: una nuova area operativa e conoscitiva". In Lang M. (a cura di) Strutture intermedie in psichiatria, Milano, Cortina.
5. Cutler DL, 1986, "Community residential options for the chronically mentally ill", Community Mental Health Journal, 22, pp.61-73
6. Asioli F, 1984. Le emergenze in psichiatria, Roma, Il pensiero scientifico.
7. Laszlo P, Stanghellini G, 1993: "La vulnerabilità e il suo impatto sui Servizi. In Asioli F, Ballerini A, Berti Ceroni C, (a cura di) Psichiatria nella communitá. Cultura e pratica. Torino. Bollati Boringhieri.
8. Maffei G. 1989: "Voyeurisme, collusione e progetualittá nelle visite domiciliary". In Del Poggetto G, Lastrucci P, Scatena P (a cura di). Atti del Convegno "La visita psichiatrica a domicilio". Fogli di informazione, 146, pp 79-90
9. Lowith K. 1969. Das indivium in der Rolledes Mitmenschen. Darmstadt. Wiss.

3.- EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN EL MUNDO. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. FACT VERSUS OTROS MODELOS.

Como ya aparece en el juramento de Hipócrates: “en cualquier casa que entre buscaré el bien de mis enfermos”, el médico desde siempre ha hecho visitas a domicilio. Esta práctica está ahora en declive en la medicina general. Por contra, los dispositivos de hospitalización a domicilio crecen en psiquiatría y en otras especialidades: geriatría, oncología, cuidados paliativos, etc... Esta práctica refleja una conciencia global de las fortalezas del trabajo en domicilio tanto económicamente como en términos de acceso a la atención; pero también la clara voluntad de los usuarios de ser atendidos en casa.

Nuestras preguntas sobre el modelo teórico que sustenta la práctica de la atención domiciliaria en psiquiatría de adultos están extraídas de la experiencia práctica en un equipo móvil, en un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. ¿Cuáles son los orígenes y el marco teórico de referencia de estas prácticas de atención? ¿Qué pasa con la experiencia internacional y española de los cuidados en el domicilio? ¿Cuáles son las respuestas que las experiencias internacionales nos dan a las preguntas planteadas por estas prácticas en España: ¿Cuál es la eficacia?; ¿Qué riesgos, y desde el punto de vista de los usuarios, qué beneficios tiene el dejar entrar al cuidador en tu casa ?

Por otra parte, a nivel nacional, cada vez hay más estudios que confirman la falta de desarrollo en España de las alternativas a la hospitalización. Hay muchos ingresos involuntarios hospitalarios de pacientes que podrían ser atendidos desde equipos de seguimiento intensivo ambulatorio.

De hecho, a pesar del innegable desarrollo de la psiquiatría comunitaria, hay disparidad en el éxito de la política de desinstitucionalización en España. El sistema de salud se mantiene centrado en el hospital o en los dispositivos de internamiento temporal o de 24 horas. Son muy pocos los ejemplos de atención domiciliaria que pueden ser consultados a nivel nacional, lo que contrasta con la abundante literatura internacional, especialmente británica, estadounidense e italiana

La elección del estudio de la atención domiciliaria intensiva en psiquiatría, por tanto, tiene este doble origen.

1.1. DEFINICIONES

Los equipos de los equipos de cuidados intensivos a domicilio pertenecen al grupo de Equipos Móviles, y están diseminándose por todo el mundo sobre todo en Francia, en el campo de la precariedad. Estos equipos desarrollan la movilidad con el fin de promover el acceso a la atención en una dinámica de "ir a la" persona especialmente en el contexto de la crisis. La movilidad permite una mayor flexibilidad de las intervenciones, la mejora de la adaptabilidad del equipo, y aumenta la disponibilidad. El movimiento puede ser entre los socios de la red (servicios de urgencias, el médico, el lugar de alojamiento, servicios sociales...), en el hogar o en otros lugares de la comunidad.

Podemos clasificar estos equipos en varias formas, en parte superpuestas:

- Los equipos con una población objetivo (precariedad, las personas mayores, adolescentes, perinatal...) o no (sector de la psiquiatría general).
- Equipos móviles con acceso a la atención y derivación a las redes de atención convencionales y equipos que ofrecen atención domiciliaria alternativa a la hospitalización.
- Los equipos de respuesta a corto plazo y a largo plazo.
En la práctica, hay muchas variaciones de este tipo de intervenciones, lo que hace difícil la clasificación pero también promueve la creatividad y la iniciativa local.

Hemos elegido no estudiar en este trabajo los dispositivos de intervención social en el hogar.

La alternativa a la hospitalización precisa una definición clara, ya que con frecuencia se escuchan "alternativas a la hospitalización a tiempo parcial", como las consultas de Medicina Psicológica o las visitas a domicilio ocasionales

Aquí estamos tratando con alternativas a la hospitalización a tiempo completo, que incluyen hospitales de día, hospitales nocturnos y apartamentos terapéuticos, redes familiares terapéuticas y atención domiciliaria intensiva.

Además, el término “intensiva” implica que estos tratamientos tienen unas necesidades altas cuya gravedad podría necesitar hospitalización. Por lo tanto, no se trata de seguimiento de las visitas a domicilio por Enfermería del Centro de Salud Mental. Estos cuidados "intensivos" generalmente requieren el establecimiento de un equipo específico. En la práctica, esto implica visitas diarias, alta reactividad en caso de emergencia, la disponibilidad las 24 horas del día y 7 días sobre los siete días de la semana.

La hospitalización a domicilio (HAD) se refiere a un marco jurídico específico, con una dotación de personal concreta y algunos equipos de intervención en casa sin pertenecer a la etiqueta de cuidados intensivos. Esta etiqueta es una organización de la atención somática, y tiene una cierta rigidez que limita su uso en psiquiatría. Tengamos en cuenta que el término en sí mismo es indicativo de un hospitalocentrismo ya que la palabra “hospitalización” adquiere el significado de cuidados intensivos en lugar del sentido original del lugar de atención o refugio.

1.2. OBJETIVOS

El primer objetivo es presentar los modelos teóricos de la atención domiciliaria intensiva en psiquiatría de adultos. La literatura internacional alude a dos tipos principales dirigidos a personas con enfermedades psiquiátricas graves:

- apoyo y rehabilitación de cuidados intensivos a largo plazo (tratamiento asertivo comunitario).
- cuidados intensivos en crisis, sobre grupos diana a corto plazo.

Aquí elegimos para presentar estos dos modelos. De hecho, ha habido un debate teórico muy importante a nivel internacional, que plantea muchas preguntas sobre la atención domiciliaria. Por eso, este trabajo a menudo se referirá a este modelo y pese al riesgo de desproporción, a la disociación entre la práctica y la literatura.

Este trabajo se refiere a la psiquiatría de adultos en general, y por lo tanto excluye los campos de la psiquiatría infantil y de la tercera edad, así como los de la adicción.

1.3. PLAN

A continuación, vamos a discutir los diferentes ejes de intervención. En primer lugar, se presentan las publicaciones que evalúan su eficacia, a continuación, vamos a comparar las similitudes y diferencias de los dos tipos de intervenciones, para enfatizar y aclarar la confusión entre los dos en publicaciones.

1.4. METODOLOGÍA

La búsqueda en la literatura utilizando la base de datos PubMed, su función "artículos relacionados", y la Biblioteca Cochrane. Agrega el motor de búsqueda de Google Académico para los productos franceses (además de búsquedas en PubMed). Las diferentes palabras clave utilizadas fueron " enfermedad mental grave", "tratamiento en el hogar", "gestión de casos", "tratamiento asertivo comunitario", "gestión intensiva de casos," "outreach assertive", "resolución crisis team".

En francés, las palabras clave son "cuidados en el hogar", "trastorno mental grave", "equipo móvil", "equipo de crisis", "rehabilitación". Se agrega una búsqueda manual de las bibliografías de artículos de interés.

2. EJEMPLOS INTERNACIONALES

Ciertas corrientes de pensamiento han creado un movimiento de cierre de los hospitales psiquiátricos, que tuvo varias caras dependiendo de la situación social, política y cultural. Repasaremos las ilustraciones clave para comprender mejor los términos de este retorno a la comunidad.

2.1. ESTADOS UNIDOS

En los Estados Unidos, el sistema de salud, y, en general, las políticas públicas se gestionan a nivel local, en la "comunidad". La gestión de estas políticas por parte del Estado es visto como un intervencionismo contrario en la cultura norteamericana. Además, hay un fuerte entrelazamiento entre las organizaciones públicas y privadas para la administración de cuidados. Esto explica la gran disparidad de políticas de salud pública federales.

En este contexto, vemos dos ondas de desinstitucionalización. La primera, entre 1955 y 1965, siguiendo el movimiento de crítica del manicomio: la cobertura mediática de testimonios de los pacientes ancianos y trabajos sociológicos como el "Internados" de Goffman. Estará favorecido por la aparición de los neurolépticos, que dejará a muchos pacientes fuera del hospital. De este modo, entre 1955 y 1965, la población de manicomial se redujo en un 20%.

En 1963, el presidente Kennedy aprobó una ley que establece la creación de 2.000 Centros Comunitarios de Salud Mental (CCMHC) a nivel nacional. Estos "centros de atención integral de la salud mental" deben proporcionar, dentro de la comunidad, camas de hospital, ambulatorios, emergencias psiquiátricas, un centro de día y la actividad de la red (consejos y enlaces a organizaciones sociales y la educación de la población. La ley proporciona un desglose geográfico en sectores (zonas de captación), que cubre de 75 a 200 000 habitantes. Esta reforma es contemporánea con la creación de la "Psiquiatría de sector" en Francia.

Sin embargo, estos centros han demostrado ser útiles a una población diferente a la que había en los asilos con enfermedades crónicas. Por contra, han proporcionado una coartada para el cierre de camas por razones económicas. Muchos pacientes se quedan arbitrariamente sin atención en la comunidad. A menudo fueron reubicados en condiciones insalubres por organizaciones privadas.

La salida del manicomio fue en realidad una reinstitucionalización en una comunidad gueto. En paralelo, los requisitos de admisión del hospital se han reducido drásticamente. Reagan, programó el cierre de todos los hospitales en 1977. Los principales problemas de la desinstitucionalización fueron entonces: transinstitucionalización, población errante, la población precaria, síndrome de la puerta giratoria. Todos bien conocidos.

2.2. GRAN BRETAÑA

Del mismo modo, vemos en Gran Bretaña una toma de conciencia de las condiciones de vida y de las admisiones a los asilos en la década de 1950. La antipsiquiatría inglesa, los trabajos sociológicos de Goffmann mencionados anteriormente y las teorías del efecto iatrogénico de asilo (desintegración social y aumentan los síntomas negativos) conducen a un movimiento de cierre de los asilos

victorianos. En 1961, el ministro de Salud, Powell, lanza su famoso programa de cierre de hospitales "de la torre de agua": la mitad de las camas tenían que ser cerradas en 1975. De hecho, estos cierres han sido lentos porque en 1994, 84 asilos aún estaban abiertos, sobre un total de 130 en el año 1960. Actualmente, están casi todos cerrados.

La asistencia psiquiátrica se reasignó en paralelo a las líneas de cuidados físicos: hospitales generales que prestan atención ambulatoria, consultorios y hospitales de día. Además, se crearon apartamentos terapéuticos o centros de día.

La insuficiencia de estos servicios para las necesidades de los pacientes previamente hospitalizados durante largo tiempo también se produjo allí y estalló rápidamente.

2.3. ITALIA

El contexto italiano de la década de 1960 se caracterizó por un fuerte movimiento social para el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos que tenían un impacto legislativo importante: la ley de divorcio, la reforma sanitaria, etc. En 1968, una nueva ley prevé la admisión voluntaria en unidades de cuidados psiquiátricos ubicados en el Hospital General, manteniendo al mismo tiempo las clásicas admisiones en asilos. Posteriormente, la llamada "Ley 180" o Ley Basaglia, de 1978 promovió el fin de los hospitales psiquiátricos monográficos y su sustitución por dispositivos comunitarios.

3. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO. RESUMEN DE EVIDENCIA DISPONIBLE E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Dejando a un lado los Equipos de Intervención en Crisis, que aparte de demostrar su efectividad mediante el estudio CORE desarrollado por el equipo de Sonia Johnson desde 2011 en Londres, deben demostrar antes cuál es su lugar en el mundo, vamos a centrarnos en el TAC.

El modelo de tratamiento asertivo comunitario (TAC) es una de las intervenciones más evaluadas en todo el campo de la salud mental. Sin embargo, es oportuno analizar con cierto detalle la procedencia

y las características de la abundante evidencia disponible para poder comprender la situación actual de la evaluación de este modelo de atención a la enfermedad mental grave.

Evidencias procedentes de USA/Canadá/Australia

Existe sin lugar a dudas un buen nivel de evidencia en cuanto a la eficacia del modelo TAC (Mueser *et al.*, 1998; Bond *et al.*, 2001). En 1998 se publicó una revisión Cochrane (Marshall and Lockwood, 1998) con 75 estudios controlados aleatorizados (ECA) que comparaban el TAC con otro modelo de atención estándar. El metaanálisis realizado con 17 de estos estudios arrojó las siguientes conclusiones: cuando el TAC se dirige a pacientes con un elevado consumo de recursos hospitalarios, reduce los costes de la asistencia al disminuir la frecuencia y duración de los ingresos; además, aumenta la vinculación de los pacientes con los servicios, aumenta la estabilidad en el alojamiento y mejora la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores. Una revisión posterior (Latimer, 1999) estableció claramente su coste-efectividad.

Sin embargo, evaluar la eficacia del TAC en otros países ha sido complejo. El metaanálisis Cochrane incluyó únicamente 2 ECAs europeos, y por tanto refleja mayoritariamente la situación en USA y Canadá.

Un ECA en Australia (Issakidis *et al.*, 1999) demostró mejoría en el funcionamiento social pero no en el uso de servicios hospitalarios; sin embargo la evaluación incluyó únicamente 12 meses de seguimiento.

Un hallazgo que sí ha sido consistente en toda la literatura internacional es que el modelo TAC es mejor aceptado por los pacientes difíciles de “engancharse” que la gestión de casos estándar (Killaspy *et al.*, 2006; Marshall and Lockwood, 1998; Mueser *et al.*, 1998). El estilo particular del TAC vincula a los usuarios y *hace equipo* con ellos en sus planes de cuidado más que dirigirlos a aceptar un tratamiento, apareciendo por tanto como servicios menos coercitivos e intrusivos (Killaspy *et al.*, 2009a).

Evidencias procedentes de Reino Unido

Existen toda una serie de estudios en Reino Unido que ofrecen resultados mucho más modestos que los ensayos norteamericanos

(Burns *et al.*, 1999; Harrison-Read *et al.*, 2002; Holloway and Carson, 1998; Thornicroft *et al.*, 1998): en ellos no existieron evidencias de que el modelo TAC reduzca el uso de servicios hospitalarios o que mejore resultados clínicos o sociales cuando se compara con la atención estándar; sí demostraron una mayor frecuencia de contactos con los pacientes y mayores niveles de satisfacción en los usuarios. Sin embargo, ninguno de estos estudios fue diseñado específicamente para analizar el TAC y han sido objeto de duras críticas por sus limitaciones metodológicas y la baja fidelidad al modelo de la intervención experimental (Rosen and Teesson, 2001), hecho calificado como “abusos de la medicina basada en pruebas”.

- El estudio de Thornicroft (1998), más conocido como Proyecto PRiSM, ha sido especialmente criticado por la falta de fidelidad al modelo, la falta de foco sobre los pacientes difíciles de “enganchar” o porque el grupo experimental y el control no fueran comparables.
- El estudio de Burns (1999), más conocido como Estudio UK700, no fue un ECA del modelo TAC sino del modelo manejo o gestión de casos con carga de pacientes variable. Igual situación se aplica al estudio de Holloway and Carson (1998).
- El estudio de Harrison-Read (2002) analizaba un modelo de provisión de servicios basada en la gestión de casos individual en vez de en equipo y no contaba con la figura del psiquiatra.

En este contexto, los Servicios de Salud Mental de Reino Unido desarrollaron masivamente el modelo TAC (263 equipos en el año 2004) sin contar con evidencias procedentes de un ECA respaldado por un adecuado diseño metodológico, hueco que vino a cubrir el célebre estudio REACT. Este estudio (Killaspy *et al.*, 2006) expuso que tras 18 meses de seguimiento, el modelo TAC no demostró ninguna diferencia en ninguna medida de uso de servicios hospitalarios, funcionamiento clínico o social respecto a la gestión de casos que llevaban a cabo los equipos de los centros de salud mental comunitarios estándar. Sin embargo, sí señaló que los usuarios del TAC presentaban una mayor vinculación y era menos probable que perdieran el contacto con los servicios, además de presentar una mayor satisfacción. Estos resultados principales no mejoraron en un estudio posterior que analizaba el seguimiento a los 36 meses (Killaspy *et al.*, 2009b). El estudio REACT tampoco

encontró que el modelo TAC fuera más coste-efectivo que la gestión de casos estándar.

Interpretación de las evidencias discrepantes procedentes de Reino Unido

Existen diversas explicaciones teóricas para justificar las discrepancias entre evidencias de Reino Unido y evidencias de USA/Australia:

Los servicios de salud estándar contra los que se compararon el modelo TAC en Reino Unido tienen una mayor orientación comunitaria que la de los servicios de salud norteamericanos. Los centros de salud mental comunitarios en Reino Unido comparten ingredientes clave que se encuentran en el propio modelo TAC: los equipos comunitarios estándar realizan una gran cantidad de contactos “*in vivo*” (Burns *et al.*, 2002) y en muchos casos la carga de pacientes se gestiona de manera compartida. Por ello, se ha considerado que los servicios comunitarios de salud mental y de servicios sociales en Reino Unido proporcionan una “red de seguridad” de base, mucho más establecida y efectiva que su equivalente norteamericana, que implicaría una salud mental comunitaria mucho menos desarrollada. Sin embargo, este hecho no explicaría que el ECA australiano de Issakidis (1999) encontrara beneficios para el modelo TAC incluso a pesar de ser comparado con unos excelentes servicios estándar (de hecho, estos servicios comunitarios exhibían una elevada puntuación en la fidelidad al modelo TAC).

Los equipos TAC en Reino Unido no funcionan con una fidelidad al modelo suficiente como para proporcionar las intervenciones basadas en pruebas que permitan obtener mejores resultados clínicos. En 2003 se analizaron 222 equipos TAC en Reino Unido y se encontró que **sólo un 12% puntuaba en la escala DACTS con una elevada fidelidad al modelo** (no ofrecían cobertura completa las 24 horas, la mitad de las plantillas no contaban con psiquiatra, la presencia del especialista en abuso de sustancias o en rehabilitación profesional era ocasional...)

La propia evolución del modelo TAC ha conducido a que los profesionales implicados, las intervenciones proporcionadas y los

servicios disponibles varían no únicamente entre distintos países o regiones, sino entre equipos dentro de una misma área.

Recientemente han aparecido estudios que analizan si la implementación inadecuada del modelo puede explicar estas diferencias entre estudios internacionales (Harvey *et al.*, 2011): los equipos en Melbourne realizan muchos más contactos “in vivo” y tienen un mayor enfoque de equipo que sus homólogos en Londres.

La propia variabilidad del contexto social y económico: cada región varía en características tales como el apoyo familiar, el acceso al alojamiento y la población *sin techo*, el umbral de ingreso en los recursos hospitalarios, funcionamiento del sistema penal, nivel de consumo de tóxicos... En definitiva, cualquier intervención psicosocial está unida inevitablemente a la cultura, la economía y los sistemas de salud entre otros muchos factores.

Impacto de los resultados procedentes de Holanda

En Holanda, un ECA no pudo demostrar superioridad clínica del TAC frente a la atención comunitaria estándar, aunque sí mayores niveles de vinculación con los servicios y satisfacción (Sytema *et al.*, 2007). Esta situación ha llevado a una nueva variación del modelo TAC en los Países Bajos, denominada FACT (*Function-ACT*). Este acrónimo significa actualmente “Flexible-ACT”, ya que los autores entendían que el nombre original era menos intuitivo y comprensible a nivel internacional. Este modelo holandés combina en un mismo equipo los servicios de una gestión de casos intensiva y una atención comunitaria estándar para atender a pacientes que requieren distintos niveles de apoyo (van Veldhuizen, 2007). Drukker *et al.* (2008) publicaron resultados prometedores usando este modelo.

Actualmente Holanda ha apostado claramente por la implantación del modelo FACT en sus servicios de salud. Aún más interesante, Reino Unido está comenzando a adoptar este modelo como parte del rediseño de sus servicios sanitarios en el contexto actual de recesión económica y a la vista del resultado del estudio REACT. El ejemplo más reciente es el artículo de Firn *et al.* (2013) sobre un programa piloto de desmantelamiento de 2 equipos TAC y su reconversión en 6 equipos de salud mental comunitarios bajo el modelo FACT. Estos nuevos equipos multidisciplinares realizan un

90% del trabajo bajo un modelo de gestión de casos individual y un 10% flexible que corresponde a un modelo TAC proporcionado por ese mismo equipo, que es quien decide mover a los pacientes entre los dos niveles de intensidad según las necesidades. Los resultados son alentadores, representando una alternativa clínica y coste-efectiva a los equipos TAC tradicionales. El artículo de Rosen *et al.* (2013) analiza el impacto final que todo este debate acerca del TAC puede tener finalmente sobre los usuarios. No obstante, la indefinición conceptual del modelo ha hecho que, como de costumbre, los pacientes más graves o bien sigan yéndose del sistema o bien acaben en hospitales psiquiátricos monográficos o bien sean sometidos a dudosas intervenciones para garantizar su adherencia al tratamiento farmacológico (ejemplo, pago por inyectarse fármacos depot).

A nuestro juicio el Manual para la difusión de FACT es sumamente didáctico pero adolece de una base conceptual sólida y de conceptos tan básicos para la psiquiatría comunitaria como la “el trabajo en redes” o en equipo.

Resultados procedentes de otros países

En **Dinamarca**, un ECA denominado estudio **OPUS** analizó los resultados de una intervención TAC unida a intervención familiar y entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con primer episodio psicótico, encontrando resultados modestos. Sin embargo, los servicios del TAC se llevaban cabo en la consulta y raramente realizaban visitas domiciliarias, lo que hace discutible su categorización como TAC (Petersen *et al.*, 2005). El grupo danés ha seguido publicando varios estudios con análisis posteriores de los datos; en el artículo de Nordentoft *et al.* (2013) se puede consultar el impacto que ha tenido este estudio en Dinamarca, suponiendo la implantación por todo el país de los denominados equipos OPUS.

En Suecia, Bodén *et al.* (2010) han publicado los resultados a largo plazo de un programa de primer episodio psicótico antes y después de implantar una modificación del modelo TAC, sin encontrar ventajas para la intervención en ninguna variable tras 5 años de seguimiento.

En Alemania, Bramesfeld *et al.* (2013) han publicado un estudio cuasi-experimental acerca de la efectividad y eficiencia del modelo

TAC en su país, que se caracteriza por una llamativa fragmentación en su red de salud mental comunitaria. Se trata de una propuesta preliminar de salvar esta fragmentación con el modelo TAC no exenta de dificultades metodológicas.

En China, Liem *et al.* (2013) ha publicado resultados de un ECA en Hong Kong donde el modelo TAC ha resultado más efectivo que el tratamiento estándar en cuanto a reducción de hospitalizaciones y vinculación con los servicios.

En Japón, autores como Ito *et al.* (2011) y Nishio *et al.* (2012) han presentaron resultados de un ECA y un estudio piloto sobre la evaluación del modelo TAC en su país.

En Singapur, Fam *et al.* (2007) publicaron resultados favorables en un estudio de cohortes retrospectivo a 1 año de seguimiento.

En Georgia, Zavrashvili *et al.* (2010) publican un buen ejemplo de una intervención experimental de escasa fidelidad al modelo TAC que aún así logra un impacto positivo en un contexto dominado por instituciones psiquiátricas y una red de salud mental comunitaria aún en desarrollo.

En Sudáfrica, Botha *et al.* (2010) ha publicado el primer ECA que evalúa la eficacia de una adaptación del modelo TAC en un país en desarrollo, con conclusiones muy interesantes: las intervenciones *de tipo* TAC pueden proporcionar resultados significativos cuando los servicios comunitarios estándar están infradotados, y esta intervención no precisa ser tan compleja como la de países más desarrollados para lograr reducir las hospitalizaciones o mejorar la psicopatología y los niveles globales de funcionamiento.

Resultados procedentes de España

En España no existe todavía un nivel de evidencia respaldado por un ECA aunque sí resultados prometedores ofrecidos por los equipos TAC que van desarrollándose poco a poco en nuestro país. Un estudio de interés es el realizado por Pereira *et al.* (2012) donde presentan brevemente resultados favorables sobre uso de servicios hospitalarios y costes tras la implantación del modelo TAC en un ensayo descriptivo *antes-después*. López-Santiago *et al.* (2012) también han publicado su experiencia en el área de Albacete. En

otros muchos casos la información disponible se basa en las publicaciones de expertos (Martínez- Jambrina, 2008) con numerosas aportaciones en forma de poster o comunicaciones orales a congresos nacionales e internacionales de los resultados piloto de diversos equipos TAC. Existe al respecto un congreso nacional monográfico sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Avilés (Asturias) y de periodicidad anual; en 2013 el Congreso Europeo de Tratamiento Asertivo Comunitario tuvo su sede en esta misma localidad. Acaba de celebrarse la XIV edición de dicho Simposium.

Implicaciones de la evidencia para el desarrollo del modelo en España

La evidencia disponible de USA/Canadá, unido a que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2006 reconoció al equipo TAC de Avilés como “Ejemplo de buenas prácticas”, ha animado al desarrollo de varios programas bajo el modelo TAC en nuestro país. En todo caso, una crítica legítima a este desarrollo es que se ha producido sin el respaldo que supondría contar con los resultados favorables de un nivel de evidencia que proporcionaría un ECA.

Por otra parte, una crítica no tan legítima sea quizá utilizar la evidencia disponible en otros países, especialmente la proveniente de Reino Unido, para justificar que el desarrollo del modelo TAC no estaría justificado en nuestro contexto. Los resultados disponibles sugieren que, a pesar de la baja fidelidad al modelo original de los equipos desarrollados en nuestro entorno, la atención comunitaria estándar de salud mental se encuentra comparativamente mucho menos desarrollada que la británica, y al menos en ese aspecto se podría hipotetizar que el modelo tendría un impacto en nuestro modelo sanitario más cercano al contexto norteamericano. Conviene recordar que los centros de salud mental de Reino Unido puntúan bajo en la escala DACTS de fidelidad del TAC, lo cual en realidad ya es decir mucho. De hecho, comparten con el modelo TAC características que se han demostrado ingredientes clave (el equipo asume la responsabilidad clínica principal, están basados en la comunidad con gran cantidad de intervenciones “in vivo”, el líder del equipo participa activamente en el trabajo clínico, los servicios no tienen un límite temporal...) Además, la red de salud mental comunitaria británica complementa sus centros de salud mental con

otros dispositivos especializados que, más allá de los equipos TAC, incluye centros de día, centros de atención inmediata, centros de rehabilitación, equipos de resolución de crisis, equipos de tratamiento domiciliario (*“ingreso domiciliario”*), equipos de intervención temprana en la psicosis, servicios de salud mental médico-legales... No parece una situación extrapolable a día de hoy a nuestro entorno.

Una segunda crítica quizás tampoco demasiado legítima consiste en utilizar el desarrollo del modelo FACT en Países Bajos o recientemente en Reino Unido (dentro de la reorientación de sus servicios de salud), como evidencia de la ineficacia del modelo TAC y por ello la no justificación de su desarrollo en nuestro país. Como hemos visto, el modelo FACT es una adaptación híbrida, más flexible, del modelo original, donde el equipo tiene la libertad de decidir aquellos pacientes que se quedan en el nivel de atención más bajo y cuales deben recibir el nivel de atención más alto, que implica ser atendido por un modelo TAC *genuino*; esta variante por tanto no representa un rechazo al modelo TAC sino más bien una adaptación a contextos concretos que permite conservar los ingredientes clave exitosos del modelo original con un perfil coste-efectividad más favorable.

RESUMEN

La evidencia disponible posiciona al TAC como un modelo clínicamente eficaz de prestación de servicios de salud mental; cuando se centra en pacientes con elevado consumo de recursos hospitalarios también resulta coste-efectivo. Los estudios procedentes de USA apoyan claramente su efectividad cuando el modelo TAC se compara con unos servicios comunitarios de salud mental sin un desarrollo adecuado; los resultados procedentes de Australia sugieren que en ese país, el modelo TAC resulta superior incluso al compararlo con unos servicios de salud mental comunitarios muy bien establecidos. En Reino Unido y otros países europeos con una red de salud mental comunitaria muy desarrollada, la implementación del modelo TAC no ha demostrado ser coste-efectiva. Existen diversas explicaciones para este fenómeno como contar con una red comunitaria estándar que comparta ingredientes con el propio modelo evaluado o una inadecuada implementación del modelo. Cualquier intervención

psicosocial está unida inevitablemente a la cultura, la economía y los sistemas de salud entre otros muchos factores. Otros países, como por ejemplo Holanda con los equipos FACT, están evaluando sus propias adaptaciones y variantes al modelo original. En España, el nivel de evidencia procedente de estudios en nuestro entorno es aún insuficiente aunque los resultados preliminares disponibles son prometedores.

Los usuarios de los servicios que requieren un nivel superior de apoyo y plantean problemas de salud mental complejos y recurrentes se benefician de un soporte muy intensivo proporcionado por equipos móviles capaces de responder de manera flexible, proactiva y en situación de crisis. Para aquellas personas con los problemas más graves y persistentes, el modelo TAC sigue siendo probablemente el mejor modelo de prestación de cuidados a las personas con enfermedades mentales graves.

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO TRES

- Assessment of assertive community treatment in the Bizkaia Mental Health Services
- Bodén, R., Sundström, J., Lindström, E., Wieselgren, IM., and Lindström, L. (2010). Five-year outcome of first-episode psychosis before and after the implementation of a modified assertive community treatment programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **45 (6)**, 665-74.
- Bond, GR., Drake, RE., Mueser, KT., and Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes* , **9** , 141 – 59
- Botha, UA., Koen, L., Joska, JA., Hering, LM., and Oosthuizen, PP. (2010). Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC Psychiatry*, **10**, 73.
- Bramesfeld, A., Moock,J., Kopke, K., Büchtemann, D., Kästner, D., Radisch, J., and Rössler, W. (2013). Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, **13**:56
- Burns, T., Catty, J., Watt, H., Wright, C., Knapp, M., and Henderson, J. (2002). International differences in home treatment for mental health problems: results of a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, **181**, 375– 82.
- Burns., T., Creed, F., Fahy, T., Thompson , S., Tyrer , P., White , I., for the UK 700 Group (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet* , **353** , 2185 – 9
- Drukker, M., Maarschalkerweerd , M., Bak, M., Driessen, G., à Campo, J., de Bie, A., *et al.* (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*, **8**, 93
- Fam, J., Lee, C., Lim, BL., and Lee, KK. (2007). Assertive Community Treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore*, **36 (6)**, 409-12.
- Firn, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B., and White, SJ. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement

- with the FACT model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **48(6)**, 997-1003.
- Harrison-Read , P., Lucas , B., Tyrer, P., Ray, J., Shipley , K., Simmonds, S., *et al* . (2002). Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in outer London. *Psychological Medicine* , **32** , 403 – 16
 - Harvey, C., Killaspy, H., Martino, S., White, S., Priebe, S., Wright, C., and Johnson, S. (2011). A comparison of the implementation of assertive community treatment in Melbourne, Australia and London, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **20** (2) 151 - 161
 - Holloway, F. and Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, **172** , 19 – 22
 - Issakidis, C., Sanderson, K., Teesson, M., Johnston, S., and Bulrich, N. (1999). Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , **99** , 360 – 7
 - Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., Sono, T., Suzuki, Y., Horiuchi, K., Niekawa, N., Ogawa, M., Setoya, Y., Hisanaga, F., Kouda, M., and Tsukada, K. (2011). The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, **123 (5)**, 398-401
 - Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., *et al*. (2006). REACT: A Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London . *British Medical Journal*, **332** , 815 – 19
 - Killaspy, H., Johnson, S., Pierce, B., Bebbington, P., Pilling, S., Nolan, F., and King, M. (2009a). A mixed methods analysis of interventions delivered by assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **44** , 532 – 40
 - Killaspy, H., Kingett, S., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., *et al*. (2009b). Three year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. *British Journal of Psychiatry*, **195** , 82 – 3
 - Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, **44**, 443 – 54.

- Liem, SK., Lee, CC. (2013). Effectiveness of assertive community treatment in Hong Kong among patients with frequent hospital admissions. *Psychiatr Serv*, **64** (11), 1170-2.
- López-Santiago, J., Blas, V. Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, **17** (1), 1-10.
- Marshall, M. and Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *Cochrane Library*, **4**. Oxford: Update Software.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., and Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2**, CD000050.
- Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E (2007) El Tratamiento Asertivo Comunitario: el modelo Avilés. Archivos de Psiquiatría.
- Martínez- Jambrina, J. (2008). El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, **7**, 147 – 159.
- Mueser, KT., Bond, GR., Drake, RE., and Resnick, SG. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, **24** , 37 – 74
- Nishio, M., Ito, J., Oshima, I., Suzuki, Y., Horiuchi, K., Sono, T., Fukaya, H., Hisanaga, F., and Tsukada, K. (2012). Preliminary outcome study on assertive community treatment in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, **66** (5), 383-9.
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthøj, CR., Hastrup, LH., and Jørgensen, P. (2013) From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*, Dec 5. doi: 10.1111/eip.12108.
- Pereira, C., Uriarte, J., Moro, J., and Martínez, F. (2012) Assessment of assertive community treatment in the Bizkaia Mental Health Services. *Int J Integr Care*, **12**(Suppl2): e32
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Maj-Britt A., Øhlenschläger, J., Torben Østergaard., C., *et al.* (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode psychotic illness. *British Medical Journal*, **331** , 602

- Rosen, A. and Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **35**, 731 – 46
- Rosen, A., Killaspy, H., and Harvey, C. (2013). Specialisation and marginalisation: how the assertive community treatment debate affects individuals with complex mental health needs. *The Psychiatrist*, **37**, 345-348,
- Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., and Wiersma, D. (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **116** , 105 – 12
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Johnson, S., and Smuzkier, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study10. *British Journal of Psychiatry*, **173**, 423 – 7
- V.V.A.A. Estrategia en Salud Mental del SNS, 2006. (2007) Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Van Veldhuizen, J.R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, **43** , 421 – 33
- Zavrashvili, N., Donisi, V., Grigoletti, L., Pertile, R., Gelashvili, K., Eliashvili, M., and Amaddeo, F. (2010). Is the implementation of assertive community treatment in a low-income country feasible? The experience of Tbilisi, Georgia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **45 (8)**, 779-83.

**4.- EL TRATAMIENTO
ASERTIVO COMUNITARIO:
MODELO MADISON. Aspectos
estructurales y de proceso.**

4A.- Antecedentes e Introducción al Modelo de TAC CLÁSICO

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) (*Assertive Community Treatment, ACT*) es un modelo de provisión de servicios que proporciona un tratamiento comunitario a las personas con trastornos mentales graves y persistentes.

El manual donde se recogen la mayor parte de indicaciones para poner en marcha es: *A Manual for ACT Start-Up: based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses*, a cargo de Deborah J. Allness y William H. Knoedler (2003)

Este manual ha sido difundido por la NAMI y es subsidiario del seminal *Assertive Community Treatment of persons with severe mental illness*, de Leonard Stein y Alberto B. Santos (1998) WWNorton .

De ambos textos hemos extraído la mayor parte del contenido de este capítulo clave para conocer con holgura el “auténtico modelo americano de TAC”.

El modelo TAC se desarrolló a partir del trabajo dirigido por el Dr. Arnold Marx, el Dr. Leonard Stein y la Doctora en Psicología Clínica Mary Ann Test, a finales de los años sesenta en una unidad de investigación de pacientes ingresados en el Hospital Estatal de Mendota, en Madison (Wisconsin). Al percibir que con frecuencia los beneficios obtenidos por los pacientes en el hospital no se trasladaban a la comunidad, formularon la hipótesis de que la asistencia hospitalaria las veinticuatro horas del día, que ayudaba a que estos pacientes disminuyeran los síntomas de su trastorno mental, seguía siendo igual de importante una vez dados de alta.

Para someter a prueba este supuesto, en 1972 estos autores trasladaron hasta la comunidad al personal clínico de una unidad hospitalaria, en lo que vino a denominarse el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT). Manteniendo la plantilla multidisciplinar - disponible las 24 horas del día - de una unidad de hospitalización psiquiátrica, el personal comenzó a proporcionar tratamiento intensivo, rehabilitación y servicios de apoyo a los

pacientes en sus propias casas, lugares de trabajo o entornos sociales.

Este nuevo modelo de servicios comunitarios volvió a conceptualizar el tipo de servicios que se necesitaban para que las personas con trastornos mentales graves pudieran vivir en la comunidad, además del modo en el que se organizarían y se proporcionarían dichos servicios para que fueran recibidos de una manera oportuna.

El modelo TAC ha sido objeto de investigación en Madison y replicado posteriormente en otros lugares, demostrando: (1) disminuir el tiempo que las personas con trastornos mentales graves y persistentes permanecen ingresadas en el hospital y (2) facilitar la vida en la comunidad y la rehabilitación psicosocial de estos individuos. Drake y Burns escribieron en la revista *Psychiatric Services* de Julio de 1995:

Ninguna intervención psicosocial ha influido más sobre la asistencia actual a la salud mental comunitaria que el tratamiento asertivo comunitario... La intervención definida con un mayor cuidado, mejor documentada y más exitosa ha sido con gran diferencia la desarrollada en Madison, Wisconsin, donde un grupo de médicos e investigadores establecieron un programa intensivo de asistencia comunitaria que desde entonces ha sido conocido como tratamiento asertivo comunitario.

Burns y Santos, en el mismo número de *Psychiatric Services*, escriben, en su revisión de los estudios sobre el tratamiento asertivo comunitario llevados a cabo desde 1990, que “*el Tratamiento Asertivo Comunitario es quizás el mejor estudiado de todos los modelos en psiquiatría comunitaria. De hecho, la solidez de los hallazgos relativos al tratamiento asertivo comunitario ha llevado a la adopción generalizada del modelo o al menos de algunos de sus componentes*”.

Aunque los hallazgos obtenidos con el programa de investigación en Madison proporcionan un sólido apoyo a la validez interna del modelo TAC, las evaluaciones de los programas tipo TAC han contribuido a respaldar la validez externa del modelo así como a su difusión.

En 1978, por ejemplo, el condado de Kent, Michigan, llevó a cabo el estudio controlado *Harbinger*, una réplica de investigación del PACT. Los hallazgos de este estudio fomentaron la difusión del modelo TAC implementando equipos de tratamiento asertivo comunitario por todo el estado de Michigan. En 1988, la División de Salud Mental de Rhode Island comenzó la difusión de su propia iniciativa de TAC, denominada Equipos Móviles de Tratamiento (*Mobile Treatment Teams*). Los Equipos Móviles de Tratamiento Comunitario de Rhode Island representaron la mejor de las primeras réplicas del modelo TAC por todo el sistema.

Dado que el modelo TAC se ha difundido más ampliamente en los Estados Unidos y en Canadá, es frecuente que se les pida asesoramiento cuando no se alcanzan resultados positivos en los pacientes. Estas consultas revelan de manera sistemática que se ha dedicado una atención insuficiente a la puesta en marcha y al desarrollo del programa. Howard Goldman, profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland, ha descrito unos hallazgos similares en la demostración compleja de la evaluación del Programa para los Trastornos Mentales Crónicos:

No apareció ninguna mejoría global en la calidad de vida durante el transcurso del programa... la mejora en la continuidad de la asistencia sin que se acompañe del acceso concomitante a unos servicios de alta calidad (p. ej., el tratamiento asertivo comunitario con una implicación suficiente de los médicos dentro del equipo), puede que no proporcione mejorías en la calidad de vida... La lección para el futuro es atender a la calidad de la asistencia al mismo tiempo que cambian los sistemas; el manejo de casos de manera aislada no es suficiente.

Más aún, Goldman *et al.* escriben: “La réplica de los modelos de manejo de casos existentes que incluyen un tratamiento psiquiátrico, como por ejemplo el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, pueden requerir el establecimiento de los patrones organizativos, de dotación de personal y prácticos propios del modelo – y no únicamente sus bases filosóficas- para que alcancen el efecto deseado” (Ridgely, Morrissey, Paulson, Goldman y Calloway, 1996). El Dr. Goldman encontró que “el principal obstáculo para conseguir una mejor asistencia comunitaria no es el dinero, sino la falta de compromiso con los componentes clínicos

del modelo” y que “los nuevos tratamientos médico-psiquiátricos no fueron introducidos de una manera regular” en los sistemas comunitarios.

Creemos firmemente que los servicios de salud mental comunitarios necesitan ofrecer todos los tratamientos médico-psiquiátricos disponibles hasta la fecha que tengan una eficacia probada. El modelo TAC está suficientemente dotado con las especialidades de profesionales en salud mental necesarias para poder proporcionar tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo globales así como para incorporar con facilidad nuevos tratamientos médico-psiquiátricos eficaces a medida que vayan apareciendo. Somos conscientes de que existe una gran variabilidad entre los programas que se autodenominan réplicas del TAC. También estamos familiarizados con los programas que han adaptado el modelo TAC por motivos de presupuesto, geográficos u otro tipo de limitaciones. Desde nuestra experiencia, la mejor manera de lograr con éxito una réplica del modelo TAC y alcanzar mejoría en los resultados de los pacientes se basa en: la adherencia a las guías de práctica clínica y en la dotación multidisciplinar de personal que preconiza el modelo; en la disponibilidad de personal cara a cara con el paciente día y noche y en los servicios de guardia las 24 horas del día; en una estructura del personal basada en la organización y en la comunicación; y en unos enfoques de evaluación y de tratamiento individualizados basados en el proyecto de investigación original de Madison.

Características diferenciales del Modelo TAC

El modelo TAC consiste en una plantilla multidisciplinar de profesionales de la salud mental que se organizan como un dispositivo y grupo de terapeutas móviles ante los pacientes. Además, el modelo TAC funciona de modo intercambiable para proporcionar el tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo que necesitan las personas con trastornos mentales graves para vivir con éxito en la comunidad. Los objetivos principales del tratamiento asertivo comunitario son:

- Reducir o eliminar los síntomas debilitantes de trastorno mental que experimenta cada paciente y minimizar o prevenir la recurrencia de episodios agudos de la enfermedad.

- Cubrir las necesidades básicas y mejorar la calidad de vida.
- Mejorar el funcionamiento en los distintos roles y actividades, tanto sociales como laborales.
- Incrementar la permanencia en la comunidad.
- Reducir la carga familiar en cuanto a la prestación de cuidados.

Es importante subrayar que el TAC *no* es un programa de manejo de casos a modo de “transferencia” o “enlace” que sirva de conexión entre los individuos y los servicios que proporcionan los diversos organismos o programas comunitarios de salud mental, vivienda o rehabilitación. La plantilla multidisciplinar del TAC trabaja como un “equipo” - no como un grupo de profesionales individuales que actúan en el contexto de un programa de manejo de casos y que únicamente tienen la responsabilidad principal de su propio cupo de pacientes. El equipo proporciona estos servicios esenciales 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año.

Los **principios fundamentales del TAC** vienen resumidos a continuación:

I. Proveedor Principal de los Servicios y Lugar Permanente de Responsabilidad

El equipo TAC es el principal proveedor de los servicios y tiene la responsabilidad de ayudar a que los pacientes puedan cubrir sus necesidades en todos los aspectos de la vida en la comunidad. El tener un único equipo que proporcione todos los servicios fundamentales minimiza la “fragmentación” y el gasto de tiempo que requiere la coordinación. En cambio éstas han sido las características de los sistemas de salud mental tradicionales en los que existen múltiples organismos y programas, cada uno de los cuales aborda únicamente una parte de las necesidades del paciente en cuanto a vivienda, los servicios de empleo o el tratamiento. Con un mismo equipo que proporcione los servicios tanto de “tratamiento” como de “rehabilitación”, se hace también posible abordar la compleja interacción existente entre los síntomas y el funcionamiento psicosocial de un modo más efectivo y eficaz a largo plazo.

La plantilla del TAC representa una combinación de especialidades de salud mental y de rehabilitación (p. ej., psiquiatría, trabajo social, enfermería, rehabilitación profesional, terapia ocupacional y psicología), con el objetivo de adquirir las competencias y habilidades necesarias para cubrir las múltiples necesidades del paciente.

II. Servicios Proporcionados Fuera de la Consulta

La mayoría de las intervenciones de tratamiento y rehabilitación del TAC tienen lugar “en la comunidad”, es decir, en la propia residencia o barrio del paciente y en los mismos lugares donde la mayoría de las personas pasan su tiempo libre (p. ej., parques, cines y restaurantes). Este enfoque basado en la movilidad minimiza el abandono de los pacientes, hace posible la prestación de servicios psicosociales siempre que el paciente necesite hacer uso de ellos, y elimina la necesidad de trasladar a otro contexto todo aquello que ya ha sido aprendido y que ha sido muy difícil de alcanzar por las personas con trastornos mentales graves. Un estudio de supervisión realizado por el PACT reveló que el 76 por ciento del tiempo que el equipo pasa con sus pacientes transcurre en la comunidad.

III. Servicios Altamente Individualizados para el Paciente

La individualización del tratamiento en cada paciente y a lo largo del tiempo es fundamental para el modelo TAC dada la gran diversidad que existe entre las personas con trastornos mentales graves, y el hecho de que tanto los pacientes como los trastornos psiquiátricos sean cambiantes. El cuidado individualizado puede realizarse únicamente si el personal dedica el tiempo necesario para conocer realmente a la persona y a su familia. La intensidad de los servicios del equipo (p. ej., la capacidad para ver a un paciente en la comunidad de dos a cinco veces al día, cuando está experimentando dificultades significativas con sus síntomas o en su funcionamiento vital), permite que se realicen en la comunidad los tratamientos en curso, reduciendo significativamente la necesidad de ingresos hospitalarios.

IV. Un enfoque asertivo: “puede hacerse”

Los equipos clínicos multidisciplinarios del TAC asumen la responsabilidad de hacer todo lo que sea necesario para ayudar a que las personas con un trastorno mental puedan satisfacer sus metas individuales así como sus necesidades de servicios y de tratamiento. Las reglas o los criterios que emplea el modelo TAC para considerar que un comportamiento en la comunidad sea aceptable son las mismas reglas y responsabilidades generales que se aplican a todos los ciudadanos de esa misma comunidad.

Además, el equipo TAC proporciona de manera continua la energía, la perseverancia y el apoyo emocional incondicional necesarios para que el paciente pueda desarrollar, experimentar y evaluar de un modo más efectivo las estrategias e intervenciones que satisfagan sus aspiraciones individuales y sus necesidades.

V. Servicios Continuados a Largo Plazo

Los servicios TAC se desarrollan en un marco continuado más que en uno limitado en el tiempo. El primer gran estudio controlado realizado por el PACT demostró que los pacientes se encontraban bien mientras recibían los servicios del TAC, pero que recaían o mostraban una pérdida de los beneficios alcanzados con el tratamiento tras ser dados de alta del programa. Incluso los tratamientos comunitarios muy intensos no pueden “curar” los trastornos mentales graves, pero el modelo TAC sí puede proporcionar un sistema de asistencia dentro del cual estas personas logren vivir y prosperar.

Los pacientes varían enormemente en el curso de su enfermedad. Algunos pacientes sufren múltiples episodios agudos y consiguen una remisión completa con unos niveles moderados de deterioro, mientras que otros mejoran sólo parcialmente y presentan deterioros significativos. El hecho de proporcionar un tratamiento y una rehabilitación efectivos de una manera continua y coordinada puede tener un impacto positivo en el curso de un trastorno mental, de modo que los episodios sean menos frecuentes y prolongados y que mejore además el funcionamiento entre dichos episodios.

VI Eficacia del Modelo TAC: Resultados de la Investigación y Conclusiones

Desde su comienzo en 1972, el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario original del Instituto de Salud Mental de Mendota, en Madison (Wisconsin), ha tenido la doble identidad de ser tanto un proveedor de tratamiento como un proyecto de investigación en marcha. Los dos principales estudios controlados han generado una serie de resultados que hablan de la eficacia y la viabilidad económica del modelo.

Con la difusión del modelo, han aparecido dos generaciones distintas de estudios que han tratado de estimar la replicabilidad.

Primer estudio sobre el TAC: Entrenamiento para la Vida en la Comunidad

El primer gran estudio de investigación del PACT comenzó en 1972 y surgió a partir de un conjunto de investigaciones que sugerían que el tratamiento hospitalario progresivo mejoraba la adaptación al hospital de las personas con trastornos mentales graves y persistentes, pero que tenía un efecto insignificante en cuanto a la permanencia en la comunidad.

El objetivo del proyecto de investigación fue el de intentar establecer la comunidad como escenario principal del tratamiento en lugar de centrarse en el hospital, (Stein y Test, 1980; Weisbrod, Test y Stein, 1980).

El proyecto supuso trasladar hasta la comunidad al personal clínico de una unidad del hospital para proporcionar servicios globales e intensivos “de tipo hospitalario” a 65 personas elegidas de forma aleatoria para recibir los servicios del proyecto PACT.

Otro grupo de 65 pacientes fue asignado también de forma aleatoria para recibir los servicios del sistema de salud mental del Condado de Dane (Wisconsin). La viabilidad de la alternativa del PACT a la hospitalización fue medida a través del tiempo que los pacientes pasaban en instituciones psiquiátricas. La eficacia clínica fue medida en términos de un conjunto de variables de adaptación comunitaria (p. ej., empleo, condiciones de vida, relaciones sociales). Así mismo, se llevó a cabo un completo análisis económico de coste-beneficio, puesto que consistió en un estudio de seguimiento a 14 meses de los individuos dados de alta del programa.

Resultados:

1. Sólo 12 de los 65 pacientes del PACT fueron hospitalizados durante todo el primer año, comparado con 58 de los 65 pacientes en el otro grupo de tratamiento.
2. En aquellos pacientes del grupo PACT que fueron se volvieron a hospitalizar, las estancias fueron significativamente más cortas que las estancias hospitalarias del otro grupo.
3. Los pacientes asignados al PACT:
 - Pasaron un tiempo significativamente mayor en condiciones de vida independiente.
 - Estuvieron menos tiempo desempleados.
 - Mostraron un mayor número de relaciones sociales.
 - Expresaron una mayor satisfacción con la vida.
 - Tuvieron menos sintomatología.
4. Aunque los pacientes del PACT pasaron más tiempo en la comunidad, la carga sobre la familia o los miembros de la comunidad no fue mayor.
5. Se demostró que el modelo presentaba una pequeña ventaja económica comparada con la asistencia institucional.
6. Se observó una considerable disminución de los beneficios obtenidos en los pacientes tras ser dados de alta del programa PACT. Este hallazgo tiene importantes implicaciones para los programas que atienden a los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes, ya que sugiere que para aquellos individuos en los que sea probable que el deterioro mental persista a largo plazo, el tratamiento deberá ser mantenido también a largo plazo.

Segundo Estudio del TAC: Tratamiento a Largo Plazo en Adultos Jóvenes con Esquizofrenia

Nacida a partir de la observación de que los beneficios alcanzados por los pacientes mientras estaban incluidos en el PACT no se

mantenían tras ser dados de alta, esta investigación se centró en el impacto del programa cuando los servicios no estaban limitados en el tiempo sino que se mantenían a largo plazo. También existía el deseo de comprender todos aquellos elementos implicados en el diseño e implementación de los sistemas de asistencia comunitaria a largo plazo, particularmente aquellos dirigidos a adultos jóvenes.

De nuevo, mediante un diseño experimental aleatorizado, 122 adultos jóvenes con trastornos esquizofrénicos fueron asignados bien al PACT, o bien al sistema de tratamiento que se aplicaba en ese momento en el Condado de Dane (Wisconsin). Todos los pacientes fueron tratados por un periodo no inferior a 10 años, llegando incluso a 14 años en los primeros pacientes que fueron incluidos.

Resultados:

Completado el análisis de los datos procedentes de los siete primeros años de investigación el equipo de intervención del PACT demostró respecto al grupo control lo siguiente:

1. Haber pasado un menor tiempo en una combinación de hospitales, dispositivos residenciales, dispositivos penales y en circunstancias de carencia de vivienda.
2. Un mayor tiempo con un empleo remunerado.
3. Un mayor tiempo viviendo de manera independiente.
4. Una menor angustia personal.
5. Mayor satisfacción con la vida.
6. Niveles similares de idas suicidas.
7. Una capacidad similar de mantener relaciones sociales (Test, Knoedler, Allness, Kameshima, Burke y Rounds, 1994)

Estudios de Réplicas

Desde la finalización del primer estudio realizado por el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, varios estudios han tratado de determinar la eficacia de distintas tentativas a la réplica, tanto dentro de los Estados Unidos como en el exterior. La “primera generación” de réplicas evaluadas incluye aquellas llevadas a cabo en el Condado de Kent, Michigan (Mulder, 1985); Sydney, Australia (Hoult, Reynolds, Charbonneau-Powis, Weeks y Briggs, 1983); Chicago, Illinois (Bond, Witheridge, Dincin, Wasmer, Webb y De Graaf-Kaser, 1990); y tres centros más en Indiana (Bond, Miller, Krumweid y Ward, 1988).

Burns y Santos (1995) han revisado una segunda generación de estudios controlados del modelo TAC realizados entre 1990 y 1994. Estas tentativas a la réplica prestaron servicios a un amplio abanico de pacientes, incluyendo veteranos de guerra y personas sin hogar con trastornos mentales. Los resultados fueron similares a los hallados en la primera serie de estudios, demostrando que el modelo TAC era más eficaz que las intervenciones tradicionales en cuanto a la reducción de días pasados en dispositivos psiquiátricos hospitalarios, así como sus ventajas a la hora de reforzar la estabilidad clínica, la vida independiente, y los resultados de satisfacción entre los pacientes.

Otra importante proyecto de investigación (McGrew, Bond, Dietzen y Salyers, 1994) encuestó a varios expertos en un esfuerzo por identificar los componentes más esenciales del modelo TAC. Sus hallazgos tienen una importante trascendencia para los profesionales y los sistemas que están comprometidos con la réplica exitosa del modelo.

Un Modelo Práctico

El TAC ha incorporado con éxito nuevos conceptos teóricos y avances en el enfoque clínico para el tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo. De hecho, a medida que el modelo TAC se desarrollaba, las prácticas de tratamiento y de rehabilitación para las personas con trastornos mentales graves y persistentes han mejorado a gran velocidad. Creemos firmemente que los servicios de salud mental comunitarios deben ofrecer a las personas con las formas más graves de trastorno mental las últimas estrategias clínicas y rehabilitadoras así como todos los tratamientos médico-

psiquiátricos disponibles hasta la fecha que tengan una eficacia probada.

La exitosa difusión del modelo TAC requiere proveedores que permitan dejar atrás los métodos tradicionales de provisión de servicios de salud mental (p. ej., el manejo de casos individual) – y un proceso de cambio que supone a menudo un desafío para la gestión de los organismos y del personal. Como han advertido Meisler, Detrick y Tremper (1995), “el cambio de comportamiento que debe hacer la dirección y el personal de un organismo para ajustarse al enfoque del TCL [PACT] exige una estructura, unos incentivos y una responsabilidad”.

A finales de los años 80, tres autoridades de salud mental – Wisconsin, Delaware y Rhode Island – lanzaron una serie de proyectos de difusión del modelo TAC por todo el estado. Estas fueron las primeras grandes iniciativas del TAC desde que comenzara su ejecución a lo largo del estado de Michigan a finales de los años 70. Wisconsin, Delaware y Rhode Island han logrado un éxito especial a la hora de reunir el desarrollo de unos sólidos programas del modelo TAC por parte de los proveedores con unos atractivos mecanismos de financiación

Por último, mientras la supervisión actual de la fidelidad de los programas a las características esenciales del TAC (p. ej., certificación de los equipos) sigue siendo un elemento importante en las tentativas de difusión, existe un énfasis creciente en analizar la evolución de los resultados clínicos clave y de calidad de vida

4B. Pacientes del TAC: ¿Para quién es el TAC?

Población hacia la que va dirigido el modelo TAC.

El modelo TAC está indicado para adultos con trastornos mentales graves y persistentes basados en trastornos psiquiátricos que causan síntomas y deterioros. Estos síntomas y deterioros generan sufrimiento y una grave discapacidad funcional en su rol de adulto (p. ej., empleo, auto cuidado y relaciones sociales e interpersonales). Los pacientes no son excluidos de los servicios del TAC a causa de la gravedad de su enfermedad, la presencia de conductas disruptivas en la comunidad o en el hospital, o la imposibilidad de participar o responder en los servicios de salud

mental tradicionales (p. ej., tratamiento ambulatorio o tratamiento de día). En los Estados Unidos, los pacientes del TAC pueden ingresar de manera voluntaria o bien hacerlo con una orden judicial.

Los servicios del TAC están dirigidos fundamentalmente a individuos con trastornos psiquiátricos de enorme gravedad y persistencia,

- Esquizofrenia.
- Otros trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo).
- Trastorno bipolar.

Además, los servicios del TAC son apropiados para algunas personas que sufren discapacidades significativas derivadas de otros trastornos, como por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, la anorexia nerviosa, el trastorno de personalidad límite, y el trastorno de identidad disociativa, además de para aquellos pacientes que no han podido ser ayudados por los servicios de salud mental tradicionales.

Además de los síntomas, un número significativo de personas con cuadros psiquiátricos graves presentan deterioros persistentes, que constituyen la causa principal de discapacidad y de un pobre funcionamiento comunitario a largo plazo.

Los deterioros, incluso en mayor medida que los síntomas agudos, provocan una serie de retos duraderos en cuanto al empleo, el cuidado personal y la socialización, hasta el punto que la vida en la comunidad se vuelve con frecuencia difícil, y en algunas circunstancias imposible, si no se cuenta regularmente con una amplia asistencia por parte de otras personas. Muchos adultos con trastornos mentales graves y persistentes encuentran dificultades en las tareas cotidianas tales como el cuidado y la higiene personal, cocinar, comprar o administrar el dinero. Como resultado de los deterioros de estos trastornos mentales graves y persistentes, los individuos se encuentran frecuentemente solteros, aislados, y con pocas relaciones y apoyos fuera de la familia. El desempleo y la capacidad para trabajar únicamente a tiempo parcial o de manera

intermitente suponen otro problema importante. Estas dificultades se agravan con el estigma y el rechazo que experimentan las personas con trastornos mentales graves y persistentes por parte del resto de la comunidad.

Como consecuencia de los problemas en la vida diaria, los adultos con trastornos mentales graves y persistentes son por regla general pobres y dependientes. Más aún, la pobreza unida al trastorno mental hacen que las personas sean más vulnerables a ser arrestadas y encarceladas, la mayoría de las ocasiones por delitos menores, y a ser más propensas a sentirse como víctimas. También es más frecuente que los adultos con trastornos mentales graves y persistentes mueran prematuramente por suicidio o por enfermedades físicas, y se ven envueltos con frecuencia en el uso y abuso de alcohol u otras sustancias.

“Pacientes con las Mayores Necesidades”

El modelo TAC ha demostrado su efectividad en los “pacientes con las mayores necesidades” (Taube, Morlock, Burns, & Santos, 1990), quienes se estima que constituyen del 20 al 40 por ciento del total de personas con trastornos mentales graves y persistentes. Nosotros consideramos a los pacientes con las mayores necesidades como individuos que presentan graves síntomas y deterioros que no han podido ser corregidos eficazmente con los tratamientos disponibles, o quienes, por razones relacionadas con su trastorno mental, se resisten o evitan participar en los servicios de salud mental.

Las personas que parecen “resistirse o evitar” participar en los servicios, y son con frecuencia injustamente culpados por ello, consisten en individuos cuyas enfermedades cambian sus creencias y percepciones (p. ej., delirios y alucinaciones) de modo que tienen dificultades para admitir que padecen un trastorno mental, y ven a los servicios de salud mental como una amenaza o como innecesarios.. Aún más, algunos servicios tradicionales diseñados para personas con trastornos mentales graves y persistentes (p. ej., programas de tratamiento de día, viviendas grupales) no concilian fácilmente la elección individual con las preferencias personales. Además, las personas con trastornos mentales graves y persistentes consideran a menudo que estos programas son estigmatizadores y restrictivos, en lugar de favorecer oportunidades

de tener experiencias vitales normales (p. ej., empleo, vivienda). Debido a que ellos no desean o no pueden recibir ayuda de manera regular, muchos de estos individuos se pierden sin haber sido atendidos por los servicios, y se encuentran persistentemente sintomáticos, deteriorados, y en riesgo de volverse más refractarios al tratamiento cuando finalmente lo reciben.

Los pacientes con las mayores necesidades tienen también con frecuencia la peor calidad de vida y requieren los mayores costes económicos y sociales de entre todos los pacientes con trastornos mentales graves.

Varios de estos individuos pueden que hayan sido ya obligados a recibir un tratamiento involuntariamente (p. ej., situaciones de incapacitación, libertad provisional, o expectativas de libertad condicional) y por tanto se dirigen a sus cuidadores con ira y resentimiento. La prestación de servicios efectivos para estas personas requiere que las personas que los prestan se pongan en contacto y hagan visitas en la comunidad; que comprendan y, hasta cierto punto, toleren el abuso de sustancias en el paciente; y lo más importante, que proporcionen asistencia, incluso cuando los individuos puedan tener problemas para llevar a cabo el tratamiento (p. ej., citas perdidas).

El modelo TAC es el único entre los enfoques disponibles capaz de conseguir y proveer la ayuda que necesitan estas personas tanto para sobrevivir como para mejorar.

Criterios de Admisión del TAC

Los siguientes criterios de admisión pueden funcionar como directrices que ayuden a asegurar que los equipos sirvan a aquellos individuos con las mayores necesidades:

1. Pacientes con un trastorno mental grave y persistente, tal y como se recoge en la nomenclatura diagnóstica que deteriore gravemente su funcionamiento en la comunidad. Tienen prioridad las personas con esquizofrenia, otros trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo), o un trastorno bipolar debido a que estas enfermedades causan con mayor frecuencia discapacidad psiquiátrica a largo

plazo. (Los individuos con un diagnóstico primario de trastorno por abuso de sustancias o retraso mental no son pacientes apropiados.)

2. Pacientes con deterioros funcionales significativos demostrados por, al menos, uno de los siguientes cuadros:

- Incapacidad para llevar a cabo con regularidad toda la variedad de tareas prácticas de la vida diaria que se requieren para un funcionamiento básico de adulto en la comunidad (p. ej., mantener la higiene personal; cumplir con las necesidades nutricionales; atender las cuestiones de negocios personales, obtener servicios médicos, legales y de vivienda; reconocer y evitar peligros y riesgos comunes para sí mismo y sus posesiones) o la incapacidad persistente o recurrente para llevar a cabo las tareas cotidianas de la vida diaria excepto, con apoyo, o asistencia importante de otras personas tales como amigos, familiares o parientes.
- Incapacidad para mantener un empleo estable a un nivel que le permita subsistir por sí mismo, o incapacidad para llevar a cabo regularmente las tareas domésticas (p. ej., preparación de las comidas en el hogar, lavado de ropa, administración del dinero, o tareas y responsabilidades del cuidado de los niños).
- Incapacidad para mantener una situación vital segura (p. ej., desahucios repetidos o pérdida de la vivienda).

3. Pacientes con uno o más de los siguientes problemas, los cuales son indicadores de necesidades continuas de servicios de alta intensidad (p. ej., más de ocho horas de servicio por mes):

- Uso elevado de las unidades hospitalarias agudas de psiquiatría (p. ej., dos o más

ingresos por año) o de los servicios de urgencias psiquiátricas.

- Síntomas graves e importantes (p. ej., afectivos, psicóticos, suicidas) e intratables (p. ej., persistentes o muy recurrentes).
- Trastorno por abuso de sustancias concomitante de una duración significativa (p. ej., mayor de seis meses).
- Riesgo elevado o historia reciente de problemas con la justicia penal (p. ej., arresto o encarcelación).
- Incapacidad para cumplir con las necesidades básicas de supervivencia o residir en viviendas por debajo de los estándares mínimos, personas sin techo.
- Incapacidad para participar en los servicios tradicionales basados en la consulta médica.

El equipo TAC debe trabajar para asegurar que los derechos civiles del paciente sean siempre reconocidos y respetados durante todo el proceso involuntario de incapacitación.

Otros Usos del Modelo TAC

El Modelo TAC como una Estrategia de Intervención Temprana

Están surgiendo evidencias a favor de que los síntomas de esquizofrenia y trastorno bipolar respondan más completamente cuando se instaura el tratamiento precozmente y de un modo más continuado en el curso de estos cuadros psiquiátricos. Como ejemplo, el tratamiento en los primeros cinco años tras el comienzo de la esquizofrenia es crítico, dado que gran parte del deterioro y la pérdida del funcionamiento de esta enfermedad aparecen durante este período (Lieberman, 1996). Una vez que se ha iniciado el tratamiento y se alcanza la remisión de los síntomas, la prevención de las recaídas es vital si se pretende mantener los beneficios y si se va a proceder a la rehabilitación del funcionamiento.

Las estrategias de intervención temprana, con toda la importancia que sin duda tienen, no serán más efectivas que nuestra capacidad para proporcionar a los individuos el tratamiento, la rehabilitación, y el apoyo adecuados durante muchos años. Aunque los nuevos

medicamentos proporcionan una gama de opciones más amplia y con menos efectos secundarios, sus ventajas no garantizan que la mayoría de los pacientes se sientan cómodos tomándolos de manera precoz o constantemente a partir de ese momento.

Comprensiblemente, la mayoría de los pacientes se resisten a tener un trastorno mental, y muchos se niegan a participar en los servicios de salud mental durante los críticos primeros años. Para ayudar a los pacientes a conseguir un alivio de los síntomas y su recuperación, debe prestarse la misma atención a la forma en que son proporcionados los servicios. La oferta de servicios a través de un equipo TAC es un opción de servicio razonable para los pacientes que probablemente no participarán de manera regular en el tratamiento durante los primeros años de su enfermedad, particularmente cuando se consideran los costos (p. ej. hospitalización y vivienda supervisada) y los beneficios (p. ej. reducción de los síntomas, aumento del funcionamiento social y profesional) a largo plazo. Los resultados de un estudio controlado longitudinal de los servicios del TAC proporcionados a individuos de forma precoz en el curso de sus enfermedades llevan a apoyar este uso del modelo TAC (Test *et al.*, 1991; Test, Knoedler, Allness, Kameshima; Burke, & Rounds, 1994; Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthøj, CR., Hastrup, LH., and Jørgensen, P. (2013)

El Modelo TAC para Poblaciones Especiales

En ocasiones se crean equipos TAC especializados para satisfacer las necesidades exclusivas de un grupo particular de pacientes en un sistema de salud mental. Por ejemplo, si existe una concentración de personas ancianas con trastornos mentales graves y persistentes en un sistema local de salud mental, puede crearse un equipo TAC para servir exclusivamente a este grupo específico. La composición del personal del equipo podría ser modificada para satisfacer las necesidades especiales de este grupo. Un equipo TAC para la tercera edad podría incluir personal con entrenamiento psicogeriatrico, y personal médico adicional para atender mejor los importantes problemas de salud física que acompañan al envejecimiento. La especialización del equipo es rentable sólo cuando existe suficiente número de pacientes, como ocurre en las áreas urbanas.

4C. PONER EN MARCHA UN NUEVO TAC: ¿Quién Participa en la Puesta en Marcha del TAC?

Dirigir un equipo TAC es bastante diferente a dirigir un programa de salud mental tradicional. Crear un nuevo equipo requiere de la participación de todos los diferentes niveles del sistema público de salud mental (p. ej., administradores de salud mental, líderes de los equipos, clínicos, etc) para llevarlo a cabo. Es necesario realizar una reflexión cuidadosa de cada una de las características del modelo para guiar el desarrollo del programa, incluyendo

- El *equipo multidisciplinario* con la responsabilidad de proporcionar la mayor parte del tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo para un número determinado de personas con trastornos mentales graves y persistentes

El contratar un número suficiente de personal competente y atraer a personas con experiencia y con las habilidades necesarias para llevar a cabo el tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo supone un factor crítico para atender a un grupo de pacientes con altas necesidades, los cuales, sin un contacto y un apoyo continuo e intensivo por parte del personal, volverán a los costosos dispositivos hospitalarios (Stein & Test, 1980)

- *Dotación de personal los días laborables y las noches, los fines de semana y las vacaciones y con una disponibilidad de guardia las 24 horas*

Planificar las horas laborales los siete días de la semana, organizar el personal para que pueda rotar los turnos y proporcionar servicios de guardia es también muy importante. La cobertura permanente no es habitual en los programas de salud mental comunitarios que atienden de lunes a viernes (p. ej., tratamiento de día, manejo de casos, pacientes ambulatorios).

Los servicios son proporcionados a los pacientes en *contextos comunitarios*

Poner en funcionamiento un equipo TAC implica tareas administrativas críticas para el funcionamiento del programa incluyendo localizar un espacio para la oficina que propicie el trabajo en equipo, planificar los gastos para los coches, el

reembolso por kilometraje, y los seguros para que el personal pueda ver a los pacientes en esos contextos comunitarios y pueda proporcionar transporte a los pacientes.

Desde nuestra experiencia como asesores, sabemos que los administradores de los servicios de salud mental comunitarios deben estar involucrados con los líderes del equipo y los clínicos para poner en marcha el programa. Cuestiones tales como una suficiente dotación de personal, unos salarios que se sitúen por encima del mínimo para atraer a personal experimentado, un espacio para la oficina que sea adecuado para el equipo y el transporte del personal no han sido abordadas adecuadamente en muchos proyectos de replicación.

Construir el Equipo: Composición del Equipo

El equipo ideal requiere la presencia de unos miembros del personal con suficiente competencia individual para llevar a cabo una gran variedad de servicios y establecer la calidad de las relaciones de apoyo clínicas requeridas por los pacientes. El personal también necesita ser capaz de trabajar en la comunidad tanto de manera independiente como en grupo.

La composición del personal representa a las diversas profesiones de la salud mental y la rehabilitación – trabajo social, enfermería psiquiátrica, terapia ocupacional, psicología y psiquiatría.

Las siguientes son las características generales de la composición del personal del TAC:

- Un número suficiente de personal
- Un conjunto de individuos con entrenamiento y experiencia clínica y de rehabilitación además de con la capacidad para establecer relaciones de cuidado y de confianza basadas en el respeto por los pacientes
- Una mayoría del personal (80 por ciento) con un título profesional en alguna de las especialidades de la salud mental (profesionales de la salud mental)

- Un líder del equipo y un psiquiatra que ejercen como clínicos en el equipo TAC
- Una cantidad suficiente de tiempo del psiquiatra tanto para atender a los pacientes como para colaborar con el personal y supervisarlo clínicamente
- Un número suficiente de enfermeras diplomadas de tal modo que siempre haya una de servicio en cada turno
- Uno o más especialistas en empleo
- Unos miembros del personal con responsabilidad y entrenamiento especial en los servicios de abuso de sustancias
- Al menos un especialista-paciente

El equipo del TAC consta de los siguientes puestos de personal:

El **Líder del Equipo** es el supervisor clínico y administrativo del equipo. El líder del equipo tiene al menos un título de master en enfermería, trabajo social, rehabilitación psiquiátrica, o psicología, o bien se trata de un psiquiatra. La persona en este puesto debe tener una clara comprensión de las características y los problemas de los adultos con enfermedades mentales graves y persistentes y tener además conocimientos acerca del modelo TAC. El líder del equipo, junto con el psiquiatra, tienen la responsabilidad global de supervisar la situación clínica y la respuesta al tratamiento de cada paciente además de supervisar la prestación de los servicios clínicos para mantener un nivel de excelencia del servicio.

El **Psiquiatra** comparte la responsabilidad con el líder de equipo de supervisar la situación clínica y la respuesta al tratamiento de cada paciente además de supervisar la prestación de los servicios clínicos por parte del personal. El psiquiatra lleva a cabo una gama de tareas de tratamiento y supervisión clínica incluyendo las siguientes, aunque no limitándose a ellas

- Evaluación y diagnóstico médico y psiquiátrico
- Tratamiento con medicación psicotrópica

- Psicoterapia de apoyo individual, grupal y familiar; manejo de síntomas
- Tratamiento y gestión de situaciones agudas y subagudas, incluyendo disponibilidad de guardia para intervenciones en crisis
- Participación de manera regular en las reuniones de planificación del tratamiento y en las reuniones diarias de organización del personal
- Asesoramiento de casos individuales de manera regular y colaboración con el personal del equipo
- Docencia del personal respecto al conocimiento y las habilidades relacionadas con la práctica clínica
- Coordinación y colaboración con las enfermeras diplomadas para desarrollar, revisar, mantener y supervisar los tratamientos médicos y psicofarmacológicos del equipo así como las estrategias y procedimientos relativos a la medicación

Los **Profesionales de la Salud Mental** son personas que tienen

- Títulos profesionales en alguna de las principales especialidades relacionadas con la salud conductual (p. ej., personas con un título de master o de doctor en trabajo social, enfermería, asesoramiento en rehabilitación o psicología; enfermeras psiquiátricas con un título de diploma, de técnico profesional o de licenciatura; p. ej., enfermeras diplomadas; y terapeutas ocupacionales diplomados)

Los profesionales de la salud mental tienen la responsabilidad de asumir roles principales en el desarrollo, la coordinación y la provisión del tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo del equipo TAC; y, dependiendo de sus habilidades y formación específicas, de realizar funciones especiales dentro del equipo. Estas funciones especiales son llevadas a cabo por las siguientes especialidades de la salud mental y la rehabilitación:

- Las **Enfermeras Psiquiátricas** llevan a cabo funciones médicas incluyendo evaluaciones y educación médicas y sanitarias básicas; coordinación de la asistencia sanitaria proporcionada a los pacientes en la comunidad; evaluación, tratamiento y educación psiquiátricas; y administración de la medicación psicotrópica.
- Los **Especialistas en Capacitación Profesional**, preferiblemente con un título de master en asesoramiento en rehabilitación, tienen la responsabilidad de desarrollar, coordinar y proveer los servicios relacionados con el empleo,.
- Los **Especialistas en Abuso de Sustancias**, preferiblemente con formación en adicciones, asumen los pacientes con trastornos duales por enfermedad mental y abuso de sustancias.

Los **Especialistas-Pacientes**, que han sido usuarios de los servicios de salud mental a causa de una enfermedad mental grave y persistente y están dispuestos a ofrecer su experiencia práctica personal, su conocimiento y toda su información de primera mano para el beneficio del equipo y de sus pacientes. El especialista-paciente funciona como un miembro totalmente integrado del equipo que proporciona sus conocimientos prácticos respecto al proceso de recuperación, el manejo de los síntomas y la constancia que deben mantener los pacientes para lograr una vida satisfactoria. Este miembro del equipo colabora en la promoción de una cultura de equipo que reconozca, comprenda y respete los puntos de vista de cada paciente. Esta persona es responsable de asegurar que la elección del paciente, su autodeterminación y su toma de decisiones son predominantes en la planificación del programa, en la prestación de los servicios y en la evaluación del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo. El especialista-paciente proporciona orientación y asesoramiento como enfermo a los pacientes, las familias y a los miembros del equipo.

Los **Trabajadores Paraprofesionales de la Salud Mental** son personas que pueden poseer un título de licenciado en un campo distinto al de las ciencias del comportamiento o bien contar con un

título de enseñanza secundaria y experiencia laboral con adultos con enfermedades mentales graves y persistentes o con individuos con necesidades similares de recursos humanos. Los trabajadores paraprofesionales de la salud mental no asumen las responsabilidades del manejo de los casos.

Tamaño del Equipo, Ratios, y Número total de Pacientes

Para proporcionar el tipo y la intensidad de los servicios necesarios para obtener resultados clínicos positivos en los pacientes, es esencial contar con una cantidad suficiente de personal y una adecuada ratio personal-paciente.

En situaciones donde las condiciones de vida del paciente son caóticas, es difícil conseguir un alojamiento, y la vida diaria es muy estresante, o bien donde el grupo del paciente presenta problemas concomitantes con el abuso de alcohol u otras sustancias o problemas médicos complicados, puede ser necesario incrementar el tamaño del equipo o las ratios personal-paciente, o bien reducir el número total de pacientes.

Tamaño del equipo

El tamaño de la plantilla del equipo TAC es de al menos de 10 a 12 puestos clínicos y de rehabilitación equivalentes a jornada completa, además de un asistente del programa y un psiquiatra que proporcione un mínimo de 16 horas de su tiempo por cada 50 pacientes que atienda el equipo. El tamaño mínimo del equipo viene determinado calculando cuántos miembros del personal son necesarios para cubrir todos los turnos (p. ej., días laborales, noches, fines de semana y vacaciones) y las horas de guardia, permitiendo además vacaciones del personal, bajas por enfermedad, y posibles vacantes.

Ratios Personal-Paciente

El modelo TAC funciona con una ratio personal-paciente de no más de 10 pacientes por cada miembro del equipo. El psiquiatra y el asistente del programa no están incluidos en el cálculo de esta ratio. Los nuevos equipos que están estableciendo su cupo de pacientes (p. ej., ingresando de 4 a 6 pacientes por mes), deben aún así tener personal suficiente como para cubrir todos los turnos de trabajo y

por lo tanto excederán inicialmente esta ratio 1:10. Este período de puesta en marcha es útil, sin embargo, puesto que permite que el personal tenga tiempo para formarse en el modelo TAC y adquiriera experiencia trabajando dentro de los contextos comunitarios.

Número Total de Pacientes

Además de un tamaño del equipo y una ratio personal-paciente adecuadas, el número total de pacientes del equipo debe ser de un tamaño que asegure que todos los miembros del personal puedan tener unos conocimientos básicos y familiarizarse con todos los pacientes atendidos por el programa para poder llevar a cabo cualquier trabajo que sea necesario realizar cada día.

Por muy bien que esté organizado el equipo, existen límites al número de pacientes con los que el personal puede mantener una comunicación eficaz. Cuando se excede este número máximo de pacientes, la efectividad del trabajo tiende hacia el fracaso. La experiencia con el modelo TAC en diversos sistemas de salud mental indica que el número máximo de pacientes en los equipos urbanos puede ser de 120, mientras que para los equipos rurales, con distancias de viaje considerables, el número puede ser de 50. Cuando el número total de pacientes se aproxima a estas cifras, es el momento de comenzar a pensar en la creación de un nuevo equipo.

Horario de Apertura, Incluyendo Servicios de Guardia

Tener personal disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año es muy importante para poder ayudar a que las personas con enfermedades mentales graves y persistentes vivan con éxito en la comunidad.

El horario de apertura del equipo TAC incluye días laborables, de lunes a viernes, con dos turnos de ocho horas durante el día, y ocho horas cada día de fin de semana y durante las vacaciones.

La mayoría del personal trabaja en los turnos de los días laborables puesto que la mayor parte del trabajo tiene que ser llevada a cabo durante esas horas. El personal que trabaja por las noches, los fines de semana y las vacaciones se centra principalmente en los pacientes en crisis (y en los pacientes que necesitan asistencia los

siete días de la semana (p. ej., apoyo y asistencia relativa a la adherencia a la medicación).

Nosotros recomendamos que no haya nadie que trabaje fundamentalmente durante las horas de noche, fin de semana o vacaciones sino que sea el personal quien rote para proporcionar la cobertura. La rotación del equipo asegura que todos los miembros participen de manera regular en las reuniones diarias de organización del personal.

Debido a que las tareas de la noche, los fines de semana y las vacaciones requieren juicios y habilidades clínicas competentes e independientes, estas horas deberían asignarse principalmente a aquellos miembros con este nivel de capacidad, y a continuación rotarse entre ellos. Lo ideal es contar con una enfermera diplomada en cada turno. Los trabajadores paraprofesionales de la salud mental deberían trabajar únicamente en este horario cuando coincidan con otros miembros del equipo con una mayor formación.

Durante todas las horas en las que el personal TAC no está de servicio, un miembro del equipo está *de guardia* /

Organización del Personal

La organización de las horas de trabajo del personal para cumplir con las necesidades de tratamiento, rehabilitación y soporte y para maximizar su productividad supone una tarea desafiante para los líderes del equipo y asistentes del programa. Existen tres criterios, en ocasiones enfrentados, que deben satisfacerse cuando se organiza el personal. Es necesario (1) asegurar unos adecuados niveles de dotación de personal que sean sensibles a la intensidad y al volumen de las necesidades del servicio, (2) contener los gastos al tiempo que se cumplen los criterios de resultados de los pacientes, y (3) satisfacer las preferencias del personal. Además de esto, los horarios laborales deben adaptarse también a las ausencias inesperadas de personal y a las variaciones en las habilidades de los miembros del personal.

Un horario típico para un equipo TAC asigna la mayoría del personal en las horas punta o en las mañanas de los días laborables, cuando tienen lugar la mayor parte de los contactos con los pacientes. El personal al completo rota para cubrir las noches,

los fines de semana y las vacaciones. La cobertura mínima para las noches, fines de semana y vacaciones está establecida por el líder de equipo considerando las necesidades de los pacientes.

La mejor manera de alcanzar una organización eficaz se consigue cuando los miembros del equipo participan en el desarrollo del horario. Los miembros del personal pueden negociar entre sí y pedir cambios en los turnos (p. ej., un miembro del personal que intercambia sus días con otro). Sin embargo, el líder del equipo tiene la responsabilidad última de decidir cómo ha de mantenerse la cobertura.

Contratación del Personal

La contratación del personal es la actividad individual más importante en la implementación del TAC. El líder del equipo participa en el proceso de contratación con los administradores o las autoridades de personal, los cuales buscan individuos con grandes habilidades clínicas y de rehabilitación y que posean también cualidades personales que se ajusten al trabajo en equipo y a la prestación de servicio intensivo a largo plazo a las personas con enfermedades mentales graves y persistentes.

Las siguientes son las pautas de contratación que han resultado de utilidad para muchos líderes de un equipo TAC:

1. *Desarrollar descripciones de las tareas específicas para cada puesto del equipo.* Una buena descripción del puesto clarifica a los aspirantes al trabajo si un puesto en particular encaja con sus habilidades y sus expectativas de su trabajo.
2. *Llevar a cabo una comprobación minuciosa de las referencias.* Es probable que el mejor predictor del rendimiento laboral sea el rendimiento del candidato en sus empleos previos, especialmente los puestos que requerían algunas de las mismas habilidades y características personales que son deseables para trabajar en un equipo TAC. El líder del equipo debería hablar con sus antiguos supervisores e informarse en detalle acerca de las responsabilidades y rendimientos laborales previos del candidato y pedir opiniones respecto a su capacidad para trabajar en equipo con personas con enfermedades mentales graves y persistentes.

3. *No descartar el valor de los candidatos con experiencia laboral en unidades hospitalarias de psiquiatría.* Es perfectamente posible que estos candidatos sean más apropiados para un puesto en el equipo que otras personas que hayan trabajado principalmente en programas de apoyo comunitario o en programas ambulatorios de salud mental de una calidad pobre o mediocre.

4. *Evaluar las reacciones del candidato ante situaciones clínicas y de rehabilitación características.* Determinar la comprensión, la habilidad y el compromiso del aspirante para trabajar con personas con enfermedades mentales graves y persistentes preguntando a los distintos candidatos cómo abordarían situaciones características en el trabajo, como por ejemplo el manejo y la planificación en el caso de un paciente suicida, priorizar los objetivos para un paciente con múltiples problemas, establecer un plan de empleo para un paciente sin trabajo, negociar con un organismo para que proporcione sus servicios a un paciente, y vencer la reticencia del paciente a tomar la medicación diaria o acudir al trabajo. Lo más importante, este tipo de selección puede identificar a aquellas personas que puedan ser demasiado autoritarias o condescendientes y por ello incompatibles para el trabajo con pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes.

Centros de Operaciones del TAC

El equipo TAC pasa la mayor parte de los días laborables “en la comunidad”, volviendo al centro intermitentemente entre los contactos con los pacientes para recoger los mensajes y consultar con el resto del personal. Por esta razón, la oficina del TAC debe situarse en un lugar céntrico y cómodo que permita que el personal llegue con facilidad hasta los barrios donde viven los pacientes. Esto requiere también que haya aparcamiento cerca del centro para los vehículos del programa o del personal de modo que los miembros del personal puedan ir y venir sin ningún contratiempo durante todas las horas de cobertura del programa. El edificio debe estar abierto todas las horas en las que trabaje el personal, incluyendo noches, fines de semana y vacaciones.

La oficina del TAC también debe ser de fácil acceso en todo momento para los pacientes y sus familiares. Debería poder

accederse a este espacio directamente desde la calle de modo que cuando los pacientes y sus familias acudan a la oficina puedan entrar al edificio y encontrarse inmediatamente con el área de recepción del equipo sin tener que presentarse ante varios mostradores de recepción (como es el caso en muchos centros de salud mental comunitarios o clínicas médicas).

La distribución de la oficina del centro de operaciones del TAC no es tradicional. El personal comparte un área de trabajo común en vez de estar dispuestos en despachos individuales. Esto proporciona un flujo libre de conversación y un intercambio de ideas además de un espacio común para usar el teléfono y para el mantenimiento de los registros. Las salas compartidas para las entrevistas se utilizan para las reuniones con los pacientes y las familias

El centro de operaciones del TAC requiere:

- Un área de recepción que sea accesible directamente desde la calle.
- Una gran sala de trabajo y reuniones con una mesa de juntas y sillas, varios teléfonos, ordenadores, un espacio cerrado para almacenar las historias clínicas de cada paciente, un espacio para almacenar todo el material de las historias clínicas, y un espacio de almacenaje individual para el personal
- Una sala de medicación con un lavabo, equipamiento para exploraciones médicas (p. ej., termómetro, báscula, tensiómetro), capacidad de almacenamiento cerrado para la medicación, una nevera para almacenar muestras, y espacio de trabajo para que el personal clínico organice las medicaciones
- Tres o cuatro salas de entrevista, que pueden servir también como espacio de oficina para el líder del equipo y el psiquiatra, o para realizar entrevistas o crear un espacio de trabajo tranquilo para el uso de todos los miembros del personal
- Aparcamiento para los vehículos del programa TAC y los del personal que se emplean con los pacientes

Transporte o Viajes del Personal

El transporte es un problema práctico y económico cuando se crea un nuevo equipo TAC y debe ser resuelto por adelantado por los administradores y los pagadores de la salud mental. El equipo TAC se reúne con los pacientes en diversos contextos comunitarios y les proporciona transporte cuando es necesario ya que la mayoría de los pacientes no tienen coches o tienen dificultades para utilizar el transporte público allá donde existe. Esto requiere que los administradores decidan si es más económico comprar o alquilar coches para el programa y uso del equipo, o bien si pedirle al personal que utilice sus propios coches y reembolsarles por el kilometraje y por un seguro de responsabilidad civil adicional.

Es frecuente que esta cuestión no sea abordada por adelantado y de una manera adecuada. El número de coches necesarios, los costes del kilometraje y del seguro adicional para el uso de los vehículos personales del equipo son subestimados tanto en las áreas urbanas como en las rurales. Obviamente, el personal del equipo prefiere utilizar los coches del programa porque con el uso del coche personal

Gestión de las Historias Clínicas

El programa TAC es responsable de mantener una historia clínica para cada paciente y salvaguardar dicha historia así como sus contenidos contra pérdidas, manipulaciones y usos no autorizados. La historia clínica documenta la información acerca de la enfermedad mental del paciente (p. ej., inicio, curso, diagnóstico, síntomas principales), de los resultados de la evaluación de la rehabilitación, de los planes de tratamiento y del tratamiento, rehabilitación y los servicios de apoyo recibidos. La historia clínica debería dar testimonio de que cada paciente está recibiendo unos servicios de alta calidad y apropiados para sus necesidades individuales y que alcanza los resultados deseados del plan de tratamiento.

El líder del equipo y el asistente del programa son responsables de escribir las estrategias y los procedimientos para la documentación y el mantenimiento de las historias clínicas completas para cada paciente y de instruir y supervisar a los miembros del equipo en las

prácticas de documentación necesarias. El programa debe tener un espacio, un equipamiento, y el tiempo del asistente del programa adecuados para mantener las historias clínicas en el centro de operaciones del TAC.

La historia clínica es el medio escrito de comunicación entre el paciente y los miembros del equipo TAC que contribuye a su asistencia. Los contenidos establecidos para la historia clínica sirven para este propósito y consisten en los siguientes puntos:

Órdenes Médicas y Consentimiento Informado para la Medicación: Las órdenes de medicación son el registro de las órdenes de medicación del psiquiatra, su método de administración y las pruebas de laboratorio. El consentimiento informado para la medicación es el registro de que se han explicado los riesgos y los beneficios de la medicación prescrita al paciente y, si fuera pertinente, a su tutor.

Registro de Administración de la Medicación: Este documento contiene el registro de cada medicación que recibe el paciente, incluyendo la dosis y la vía, la fecha y la hora de administración.

Lista Cronológica de las Medicaciones del Paciente: Este formulario es usado para registrar y mantener una lista cronológica de todas las medicaciones prescritas para el paciente con detalles específicos respecto a los cambios en la administración.

Planes de Tratamiento y Revisiones del Plan de Tratamiento: El plan de tratamiento es la culminación de un proceso continuo que involucra a cada paciente, a su familia y al equipo. Este plan recoge la actividad y la intensidad individualizada del servicio para poder cumplir con las necesidades de tratamiento, rehabilitación y apoyo específicos para cada persona. El plan de tratamiento escrito documenta los objetivos del paciente y los servicios que éste recibirá para alcanzarlos. También remarca el papel y las responsabilidades de los miembros del equipo que llevarán a cabo esos servicios. La revisión del plan de tratamiento resume los progresos del paciente y sus fortalezas y limitaciones funcionales desde que se escribió el último plan de tratamiento. El plan de tratamiento es revisado o reescrito siempre que la situación o el tratamiento del paciente requieran un cambio significativo, o como mínimo cada seis meses.

La Historia Psiquiátrica y la Evaluación Global: Las siete partes de la evaluación global incluyen:

- Parte 1: Historia Psiquiátrica, Estado Mental, y Diagnóstico
- Parte 2: Salud Física
- Parte 3: Uso de Alcohol y Drogas
- Parte 4: Formación Académica y Empleo
- Parte 5: Desarrollo y Funcionamiento Social
- Parte 6: Actividades de la Vida Diaria (p. ej., autocuidado, condiciones de vida, nutrición, administración del dinero)
- Parte 7: Estructura y Relaciones Familiares

Además de esto, la evaluación narrativa escrita del psiquiatra queda recogida en esta sección de la historia clínica.

Administración de los Fondos del Paciente

El programa TAC tiene la capacidad de manejar directamente los fondos del paciente para pagar las facturas mensuales y de distribuir dinero en efectivo (p. ej., para comestibles, lavandería, otros gastos) en unas cantidades determinadas por el presupuesto de cada paciente (p. ej., diariamente, semanalmente). El propósito de este sistema es ayudar a los pacientes en la administración del dinero y proporcionarles acceso a su dinero en efectivo cuando la gestión de su presupuesto o su situación financiera supone un problema. Por ejemplo, si el dinero mensual para gastos con el que cuenta un paciente desaparece en la primera semana del mes y no hay más cantidad disponible hasta el siguiente, el paciente sufre un elevado estrés, lo que resulta contraproducente para su tratamiento. El TAC trabaja con el paciente para consensuar un plan para fraccionar el dinero para sus gastos. El TAC guarda ese dinero para gastos y asume la responsabilidad de establecer menores

cantidades de dinero que el paciente recibe con una frecuencia mayor (p. ej., diariamente, tres veces a la semana).

El programa TAC gestiona el dinero para los servicios del paciente y los fondos de los pacientes individuales incluyendo las prestaciones económicas por discapacidad, bajo la supervisión de un beneficiario (persona autorizada para recibir los pagos) o un tutor.

Estrategias y Procedimientos

El programa TAC mantiene una serie de estrategias y procedimientos escritos que

- Aseguran la estandarización de los criterios
- Fijan las expectativas de los empleados en cuanto al funcionamiento del programa TAC y a la provisión del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo
- Respetan y protegen los derechos del paciente y que requieren de unos servicios cordiales, útiles, y respetuosos con los pacientes del programa.

Las estrategias y los procedimientos escritos deberían cubrir

- El ingreso y el alta (p. ej., criterios de ingreso, proceso de ingreso, criterios de alta, documentación del alta)
- Personal (p. ej., personal requerido, ratios del personal, titulaciones, orientación y formación)
- Horario de apertura y cobertura, intensidad de los servicios, comunicación y planificación del personal enfatizando el enfoque de equipo, y la supervisión del personal
- Evaluación y tratamiento (p. ej., evaluación , evaluación global, planificación del tratamiento, notas de progreso)
- Administración de los fondos del paciente
- Tratamiento, rehabilitación, y servicios de apoyo

- Consentimiento informado para el tratamiento incluyendo la medicación
- Mantenimiento de las historias clínicas del paciente
- Derechos del paciente y Derechos, Responsabilidades y Criterios Éticos
- Evaluación del programa y mejora del rendimiento (garantía de calidad)

4D. Trabajo en Equipo: Organización y Comunicación

El trabajo en equipo garantiza que el personal multidisciplinario del TAC proporcione tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo de una manera intensiva, continua y basada en la comunidad a las personas con trastornos mentales graves.

El enfoque colectivo del equipo es mayor que la suma de sus esfuerzos individuales y ésta es la gran diferencia con la Gestión de Casos. Incluso aunque cada paciente es atendido por un número pequeño de miembros del equipo que le ayudan, la mayoría de los pacientes tienen citas con otros miembros del personal cuando necesitan asistencia adicional o cuando los miembros habituales no se encuentran disponibles. Todos los días y todas las semanas, el personal está de servicio para garantizar que cada paciente recibe los servicios y los apoyos necesarios que se encuentran detallados en su plan de tratamiento, además de ayuda frente a situaciones imprevistas o de emergencia.

El trabajo en equipo se lleva a cabo mediante los siguientes puntos:

Todos los miembros del equipo están al tanto de la situación de todos los pacientes. Los miembros del equipo asisten a las reuniones diarias de organización del personal donde se comunica y revisa sistemáticamente la información acerca de cada paciente. Gracias a esto, cuando se les pide a los miembros del personal que ayuden a un paciente que no ven de manera habitual, están suficientemente familiarizados con dicho paciente como para intervenir y proporcionar los servicios que mantengan la continuidad del plan de tratamiento. Por tanto, el personal puede funcionar de manera intercambiable para cubrir los contactos. En nuestra

experiencia, este sistema facilita a los pacientes el hecho de ver a diferentes miembros del personal cuando no se encuentran disponibles las personas que trabajan con ellos más estrechamente.

Todos los miembros del equipo colaboran constantemente para ayudar a los pacientes. En cualquier momento durante el día, un miembro del equipo puede necesitar asistencia tanto en forma de consulta como de servicios in situ. Dentro del modelo TAC, se espera que todo el personal, incluyendo el líder del equipo y el psiquiatra, se ayude entre sí. El área común de la oficina facilita el debate constante y las consultas. El personal también puede llamar por teléfono para conseguir ayuda de sus compañeros. El líder del equipo y el jefe de turno son designados para proporcionar asistencia inmediata o conseguir ayuda de otros miembros del personal

Todos los miembros del equipo cubren las noches y los fines de semana. Durante las noches y los fines de semana, la mayoría de los contactos de los pacientes no están programados para que sean realizados por personal específico, sino que son llevados a cabo por quienquiera que esté trabajando en ese turno (equipo urbano) o que esté cubriendo el servicio para proporcionar los contactos a los pacientes que necesitan una cita (equipo rural). El trabajo de noche y de fin de semana ofrece al personal la oportunidad de poder familiarizarse con los pacientes que no ven con frecuencia y de mejorar su capacidad para ayudar a cualquier paciente en cualquier momento.

Todos los miembros del equipo participan en el plan de tratamiento. Incluso aunque el encargado primario del caso y otros miembros del equipo de tratamiento individual son responsables de la colaboración con el paciente para desarrollar un plan de tratamiento, todos los miembros del equipo participan en este proceso. Especialmente cuando se está desarrollando un nuevo programa TAC, se fomenta que todos los miembros del personal participen en las reuniones de planificación del tratamiento para nuevos pacientes. Todos los cambios significativos en un plan de tratamiento son discutidos en la reunión diaria de organización del personal. Cuando los miembros del equipo TAC han contribuido en este proceso y conocen bien el plan de tratamiento, la probabilidad de que este plan sea implementado con éxito aumenta significativamente.

Estructura Organizativa y de las Comunicaciones

La estructura organizativa y de las comunicaciones del modelo TAC facilita

- Unos servicios altamente individualizados y sensibles a las diversas necesidades e intereses de las personas con trastornos mentales graves así como a los cambios que aparecen en sus vidas y cuadros psiquiátricos
- La colaboración del personal y el trabajo en equipo para proporcionar múltiples servicios intensivos y bien organizados a los pacientes en contextos comunitarios, mientras se asegura la coordinación de la asistencia

La estructura organizativa y de la comunicación del TAC consta de los siguientes puntos:

- La reunión diaria de organización del personal y el organigrama diario
- El equipo de tratamiento individual del paciente
- La evaluación continua y la planificación del tratamiento

La Reunión Diaria de Organización del Personal y el Organigrama Diario

El equipo TAC tiene una reunión diaria de organización del personal para (1) revisar la situación de todos los pacientes y el resultado de los contactos más recientes del personal con cada uno de ellos, y (2) desarrollar en conjunto un programa maestro de trabajo del personal para las actividades diarias con los pacientes. Óptimamente, la reunión diaria de organización del personal es la primera actividad que se realiza cada mañana y dura no más de 45-60 minutos.

A la reunión diaria de organización del personal, o reunión matutina, asisten todos los miembros del equipo TAC que están de servicio en ese momento. La asistencia a la reunión matutina tiene prioridad sobre cualquier otra actividad excepto las emergencias del paciente

o los contactos esenciales que no pueden ser organizados en ningún otro momento, como la comparecencia en un juicio. Los contactos rutinarios del servicio no están programados durante este tiempo, y los pacientes no esperan que el personal se encuentre disponible. Aunque las reuniones a primera hora de la mañana generalmente funcionan mejor, se pueden programar en otro momento si esto permite una mayor asistencia del personal.

La estructura de la reunión diaria de organización del personal es un proceso de dos pasos.

Paso 1: La Revisión del Paciente

Con todo el personal presente y atento, uno de los miembros del equipo lee el registro de contactos y actividades del paciente, que está organizado alfabéticamente, y es conocido como el *registro diario*. Después de leer el nombre del paciente, el miembro que vio al paciente el día anterior informa sobre su situación y su respuesta al contacto con el servicio. Los miembros del equipo que no se encuentran en la reunión matutina pero que trabajaron el día anterior han anotado en el registro un breve resumen de su trabajo de manera que la información pueda ser transmitida a los miembros del equipo que sí están de servicio. La información del personal de guardia de la noche anterior también debería ser comunicada.

Todos los miembros del equipo tienen libertad para añadir información, hacer comentarios, e iniciar una discusión. Los miembros del equipo que no ven habitualmente al paciente pueden formular preguntas de modo que puedan trabajar eficazmente cuando sean llamados para asistirle. También pueden ofrecer una perspectiva que no haya sido reconocida por aquellos miembros que trabajan más frecuentemente con el individuo. Cuando se informa que un paciente necesita más atención se le asigna más tiempo de discusión hasta que quede establecida la línea de actuación. El miembro del personal asignado para leer el registro también añadirá unas breves anotaciones respecto a la información que ha sido presentada y pasará a continuación al siguiente paciente.

La lectura diaria del registro y la discusión, tal como se ha descrito, supone el principal proceso para ajustar los detalles y llevar a cabo el plan de tratamiento de cada paciente de manera que satisfaga

sus necesidades diarias. Esta revisión del paciente también hace posible determinar cuándo es necesaria una revisión sustancial del plan de tratamiento y permite asignar miembros del equipo inmediatamente para poder realizar los cambios necesarios, en lugar de tener que esperar hasta que corresponda revisar dicho plan.

Paso 2: Planificación del Día

Después de que se ha leído el registro diario y ha finalizado la discusión, el equipo TAC emplea los siguientes 15 minutos planificando el trabajo para ese día. La planificación está coordinada por un miembro del personal al que se le asigna esta responsabilidad y que recibe el nombre de jefe de turno. Antes o durante la reunión matutina, el jefe de turno escribe el organigrama de trabajo maestro u *organigrama diario de asignación del personal* de los contactos individuales que el equipo TAC tendrá con todos los pacientes ese día.

Cuando finaliza la revisión y la discusión del registro, el jefe de turno centra inmediatamente la atención del equipo y rápidamente *revisa en voz alta el organigrama* de los contactos con los pacientes que tienen que ser realizados ese día. En este proceso, el jefe de turno otorga prioridad a los pacientes que están presentando síntomas agudos o se encuentran hospitalizados. A continuación, el jefe de turno:

- Asigna personal a cualquier contacto con el paciente que no esté aún cubierto por el plan de tratamiento o que no pueda ser cubierto por los miembros del equipo habitualmente responsables del mismo (p. ej., debido a vacaciones, enfermedad)
- Asigna medicación inyectable a las enfermeras que están de servicio
- Asigna dispositivos de comunicación (p. ej., buscas y teléfonos móviles) y los coches del equipo a miembros específicos

El resultado de este esfuerzo es el *organigrama diario de asignación del personal* el cual sirve por tanto como el itinerario

para todas las actividades de los pacientes para ese día y proporciona un método para los que miembros del equipo sepan, en todo momento, qué se está haciendo, dónde están sus compañeros, y cómo ponerse en contacto con ellos si surgen problemas o situaciones que necesiten su atención inmediata. El asistente del programa colabora con el jefe de turno para coordinar la información entrante (p. ej., llamadas de teléfono, pacientes u otros visitantes que llegan a la oficina) con los miembros del equipo que están en la comunidad o regresando a la oficina. El jefe de turno es responsable durante todo el día de supervisar el trabajo y de realizar cambios en el organigrama cuando surjan situaciones o crisis que necesiten atención.

Después de la reunión diaria de organización del personal, los miembros del equipo se distribuyen en la comunidad para llevar a cabo sus tareas. Pasarán la mayoría del día fuera de la oficina y en la comunidad. El tiempo restante se emplea en el centro de operaciones para escribir en el historial del paciente, hacer llamadas telefónicas, reunirse con los compañeros o ver pacientes. Mientras se mantiene este nivel de movilidad, los miembros del equipo continúan comunicándose y coordinándose a través del jefe de turno para asegurar la finalización de las actividades diarias del equipo.

El Equipo de Tratamiento Individual del Paciente

El equipo de tratamiento individual del paciente (ETI) es la estructura organizativa dentro del equipo TAC que deja claro qué miembros del personal tienen la responsabilidad de establecer buenas relaciones con pacientes específicos y de proporcionarles a cada uno de ellos tratamiento, rehabilitación, y servicios de apoyo continuos e integrados. Este “equipo dentro de un equipo”, asignado por el líder del equipo en la primera semana tras el ingreso de cada paciente, consiste en un pequeño grupo de tres a cinco miembros con una gama de habilidades clínicas y de rehabilitación. Los miembros principales son el encargado primario del caso, el psiquiatra y otro miembro del personal clínico o de rehabilitación denominado encargado suplente del caso (quien comparte las tareas de coordinación del caso y sustituye al encargado primario de dicho caso cuando esa persona no está de servicio). El resto de miembros del ETI (uno o dos miembros más) son seleccionados en un esfuerzo para que concuerden al máximo las habilidades y los

caracteres del personal con las necesidades e intereses del paciente. Los equipos TAC rurales rara vez superarán los tres miembros por equipo de tratamiento individual, mientras que los equipos urbanos y suburbanos pueden asignar de manera habitual cuatro o cinco miembros a cada equipo de tratamiento individual del paciente.

Coordinación del Equipo al Completo con el ETI

Aunque el equipo de tratamiento individual proporciona la mayoría de los contactos del servicio para cada paciente, el equipo al completo está también involucrado en llevar a cabo los servicios, particularmente en aquellos pacientes que tienen necesidades persistentes e intensivas.

Las reuniones diarias de organización del personal y las reuniones de planificación del tratamiento proporcionan oportunidades para el intercambio de información entre el ETI y el equipo al completo.

Prestación de los Servicios e Intensidad Flexible del Servicio

Los servicios del TAC son proporcionados en un marco continuo más que en uno limitado en el tiempo, y el equipo TAC proporciona un sistema de asistencia en el que las personas con trastornos mentales graves pueden recibir los servicios que necesitan y cuando los necesitan. Los pacientes varían enormemente en el curso de su enfermedad. (El término “curso” hace referencia al patrón que siguen los síntomas y los distintos deterioros a lo largo del gran número de años que la persona padece el trastorno mental, incluyendo su respuesta al tratamiento y a la rehabilitación así como las circunstancias vitales y la capacidad de utilizar las fuerzas y habilidades que conserve).

El TAC varía en la intensidad del servicio para satisfacer las necesidades cambiantes de los individuos con trastornos mentales graves y persistentes, para apoyar a los pacientes en contextos comunitarios normalizados, y reducir significativamente las estancias de ingreso hospitalario. Esto significa que el personal tiene la capacidad para alcanzar los siguientes puntos:

- Aumentar y reducir los contactos del personal con los pacientes para satisfacer a diario sus necesidades cambiantes (p. ej., añadir un contacto con los servicios para

que un miembro del personal acompañe a un paciente a una cita médica urgente, o a una reunión de emergencia entre el padre y el profesor de un niño que está experimentando graves problemas en la escuela)

- Ver a los pacientes en la comunidad en tantas ocasiones como de dos a cinco veces al día para poder proporcionarle servicios cuando están experimentando graves dificultades con los síntomas o con el funcionamiento básico
- Proporcionar asistencia intensiva continua a los pacientes con discapacidades graves y persistentes y un pobre funcionamiento comunitario (como ayudar con las tareas de la vida diaria, incluyendo la higiene, cocinar, administrar el dinero, la organización diaria, y las obligaciones laborales).

El modelo del TAC supone una desviación radical respecto a la organización de los servicios tradicionales de salud mental. En el modelo norteamericano los pacientes del TAC no son “traspasados” o “dados de alta” a otros dispositivos cuando el individuo requiere un cambio en la intensidad del servicio. Los servicios TAC son proporcionados continuamente y son “titulados”, lo que significa que cuando un paciente necesita más servicios, el equipo los proporciona. A la inversa, cuando el paciente requiere menos servicios, los esfuerzos del equipo son reducidos. El equipo TAC es el proveedor primario de servicios y minimiza la fragmentación y los esfuerzos de coordinación entre múltiples agencias y programas que tanto tiempo consumen. En el “modelo Avilés” pacientes estabilizados durante al menos 18 meses deben pasar al Centro de salud Mental para evitar el colapso del ETAC. Habría tres modalidades de prestación de necesidades:

Figura 4-5: Necesidades de Servicio Bajas

El paciente ha mejorado significativamente, tiene pocos síntomas, y puede necesitar sólo tres contactos del servicio a la semana, todos proporcionados por miembros del ETI.

Figura 4-6: Necesidades de Servicio Moderadas

El paciente exhibe síntomas y una discapacidad funcional significativa, y puede requerir seis contactos del servicio a la semana, proporcionados por cinco o seis miembros del equipo.

Sin embargo, algunos pacientes necesitan más asistencia de manera regular y reciben servicios del equipo de tratamiento individual y del equipo TAC al completo para mantener su permanencia en la comunidad, como se muestra en la Figura 4-7.

Figura 4-7: Necesidades de Servicio Elevadas

El paciente tiene síntomas agudos y deterioros funcionales en múltiples dominios, y puede requerir catorce servicios de contacto a la semana proporcionados por hasta doce miembros del personal.

Los pacientes con necesidades bajas, tras 18 meses de estabilidad continuada, pueden ser enviados de vuelta al Centro de Salud Mental.

Supervisión Clínica

El líder del equipo comparte con el psiquiatra la responsabilidad global de supervisar la situación clínica y la respuesta al tratamiento de cada paciente además de supervisar la prestación de los servicios clínicos para mantener un nivel de excelencia del servicio así como unos servicios cordiales, útiles, y respetuosos a los pacientes del programa. Además, el líder del equipo es el encargado del equipo. Lleva a cabo el reclutamiento, las entrevistas y la contratación del personal; organiza las horas de trabajo; realiza las evaluaciones anuales de rendimiento; aprueba las solicitudes de permiso; y proporciona orientación y entrenamiento al personal.

El Papel del Psiquiatra

Generalmente los psiquiatras no reciben formación para participar en los abordajes de apoyo y rehabilitación dentro de la asistencia integral a las personas con trastornos mentales graves y persistentes. Los administradores en salud mental suelen contratar

psiquiatras para que realicen funciones muy específicas (p. ej., valoraciones psiquiátricas en consulta, prescripción de medicación, y revisiones). El enfoque del TAC requiere que el psiquiatra funcione como miembro del equipo multidisciplinar y comparta la responsabilidad clínica global con el líder del equipo para supervisar el tratamiento del paciente y los servicios clínicos administrados por el personal.

Los pacientes deben tener una relación terapéutica personal con el psiquiatra que les prescribe sus medicaciones. Cuando esta relación no existe, el tratamiento farmacológico es menos efectivo.

Especialización Farmacológica

El psiquiatra del equipo aporta su sapiencia de las siguientes maneras:

- El psiquiatra identifica síntomas y desarrolla un perfil de cada paciente, discute la importancia de estos síntomas, y los enmarca como manifestaciones de una enfermedad psiquiátrica específica para el paciente en un lenguaje que encuentra aceptable, para ayudarlo a reconocer los síntomas.
- El psiquiatra presenta, explica, y discute las medicaciones recomendadas para reducir los síntomas; los efectos secundarios potenciales de las medicaciones; y las especificaciones de la prescripción, la administración, y el cumplimiento, todo ello en un lenguaje comprensible para el paciente y el equipo TAC.
- El psiquiatra proporciona terapia de apoyo para ayudar al paciente a que llegue a aceptar que sufre un trastorno mental y tome la medicación para tratarla.
- Colabora en la resolución de problemas ligados a la vergüenza por el estigma que existe en la sociedad en general hacia los trastornos mentales (p. ej., problemas para discutir acerca del trastorno mental y de los fármacos y sus efectos secundarios con amigos y compañeros de trabajo)

- El psiquiatra apoya al paciente para que realice los exámenes médicos y tratamientos prescritos por otros médicos, lleva cabo una primera valoración y tratamiento somáticos, y coordina la prescripción y administración de la medicación psicotrópica con la no psicotrópica. En un sentido muy práctico, el psiquiatra es el organizador de la asistencia médica global de los pacientes del equipo, particularmente de aquellos con problemas de salud múltiples o graves.

Trabajo Individual con los Pacientes

El psiquiatra debe ver al paciente con la frecuencia suficiente para llevar a cabo las tareas terapéuticas necesarias y establecer y mantener una relación de trabajo. La frecuencia puede variar para cada paciente pero oscila desde tan frecuente como dos veces al día para pacientes con sintomatología aguda hasta tan limitada como una vez cada dos meses para aquellos con un funcionamiento óptimo.

Los pacientes ingresados recientemente son vistos por regla general al menos semanalmente. Cuando los pacientes mejoran sintomatológica y funcionalmente y pasan a ser cómplices en el tratamiento, requieren normalmente citas menos frecuentes.

La mayoría del trabajo terapéutico con el paciente puede llevarse a cabo con éxito en citas de menos de 45 minutos, y durando la mayoría de 20 a 30 minutos. La mayor parte del tiempo es requerido para reuniones a primera hora, valoraciones especiales (p. ej., como las de capacidad), o citas para ayudar a un paciente a manejar los síntomas que le angustian.

Las reuniones relativamente breves son normalmente mejor toleradas, porque los pacientes se sienten a menudo incómodos y molestos en los largos contactos cara a cara. Algunos son sólo capaces de aguantar reuniones muy breves de menos de 15 minutos o tienen una tolerancia variable de reunión en reunión. La mejor manera de abordar a estos pacientes es establecer una duración corta y predecible de la reunión que rara vez se exceda y les permita sentirse más cómodos.

Los pacientes pueden evitar o rechazar ver al psiquiatra, particularmente en la consulta, donde ellos pueden sentirse examinados y presionados a hablar. Muchos de los pacientes que son reacios a entrar en la consulta pueden ser ayudados más eficazmente en otros contextos. El psiquiatra debe ver a los pacientes en contextos comunitarios (p. ej., la casa de los pacientes, restaurantes, salas de espera, lavanderías, salas de descanso en el trabajo). En algunos casos, la reunión bien puede producirse sentados en un automóvil o dando un paseo cuando estas situaciones ofrecen mayor privacidad que cualquier otra disponible.

Aunque es deseable ceñirse a las citas organizadas en lugares previsibles, el psiquiatra debe estar dispuesto a “atrapar” al paciente donde sea y cuando sea hasta que la relación se desarrolle. Un abordaje que el psiquiatra puede adoptar es organizar cierto tiempo para ir a buscar a los pacientes en sus residencias o en los lugares que frecuentan (p. ej., restaurantes), e intentar conversar con ellos durante un breve período de tiempo. Otro abordaje sería que el psiquiatra acompañe a otros miembros del personal que ya han comenzado a establecer una relación con el individuo.

Un psiquiatra experimentado en un equipo ya establecido estará tratando a un 20 por ciento o más de sus pacientes fuera de la consulta. Finalmente, muchos pacientes verán al psiquiatra en la consulta de manera regular, pero aún así pueden beneficiarse ocasionalmente de citas en otros entornos.

Este empleo del “caro” tiempo del psiquiatra en las visitas a los pacientes en la comunidad ha sido criticado por ineficaz, es especial por el tiempo empleado en viajes y en intentos infructuosos de encontrar o hablar con el paciente. Esta crítica ignora, sin embargo, el hecho de que muchas personas con trastornos mentales graves son infratratadas o simplemente no son tratadas en absoluto dentro de la práctica tradicional basada en la consulta porque con frecuencia no mantienen las citas con los servicios o abandonan el tratamiento. *Los psiquiatras que se basan en las consultas pueden ser muy eficientes en el empleo de su tiempo con los pacientes que acuden a éstas de manera fiable; sin embargo, estos psiquiatras no alcanzan a todo el grupo de pacientes que se encuentran quizás más necesitados de servicios psiquiátricos.*

El Psiquiatra como un Miembro del Equipo

Un equipo TAC *no puede* funcionar bien a menos que cuente con un psiquiatra que sea responsable de todos los pacientes del equipo además de un miembro del equipo cualificado con tiempo suficiente para llevar a cabo las tareas que se requieran y desarrollar y mantener relaciones eficaces y cómodas con el personal.

Horas suficientes para Completar las Tareas Laborales

Las horas y los días de trabajo del psiquiatra deberían ser predecibles y organizados para maximizar la colaboración formal (p. ej., reuniones de planificación del tratamiento y reuniones diarias de organización del personal) y la colaboración informal con el resto del equipo, y para coincidir con los momentos en los que el equipo tenga un mayor volumen de trabajo. Como el psiquiatra proporciona cobertura de crisis de reserva durante las horas habituales y las de guardia, y se encuentra disponible todos los días para realizar consultas, el equipo debe ser capaz de ponerse en contacto con él a todas horas.

Al principio, el psiquiatra debe emplear más tiempo en actividades que son realizadas por lo general por otros miembros del equipo y debe actuar como un “aprendiz” del personal, que probablemente tenga menos educación y entrenamiento formal. Esto puede ser difícil de aceptar para el psiquiatra, acostumbrado a ser un “experto”, pero es esencial para el establecimiento de su credibilidad y para adoptar un papel de liderazgo en el equipo.

La formación de los residentes de psiquiatría es una función cada vez más importante del equipo TAC y representa una oportunidad de interesar y preparar a más psiquiatras para este tipo de prácticas, así como de desarrollar candidatos para ser contratados a nivel local. Esta formación resulta más apropiada para el residente de tercer o cuarto año, quien ya ha alcanzado ciertas habilidades clínicas básicas.

**5.- EL TRATAMIENTO
ASERTIVO COMUNITARIO EN
ESPAÑA: EL MODELO AVILÉS:
Composición, estructura,
proceso y resultados**

Los trastornos mentales son una de las causas más frecuentes de carga de enfermedad en el mundo. En España, se estima que en torno al 9% de la población presenta en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y a lo largo de su vida lo experimentará algo más del 15% del conjunto de los españoles.

No existen suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, pero se estima que está entre el 3 y el 4% del PNB, por encima de los 182.000 millones de euros anuales (1), de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral.

Con el cierre de los manicomios, la vida de las personas con trastornos mentales graves ha pasado a desenvolverse en sus hogares familiares o en residencias y, con ello, sus necesidades se han ido acercando a las de la población sana.

En los últimos años, buscando garantizar la seguridad al mismo tiempo que respetar los derechos de los y las pacientes, se ha ido imponiendo en Europa un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental. Varios estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los y las pacientes y sus familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico monográfico. En nuestro país, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por la Ley General de Sanidad (1986) (2, 3)

Trastornos mentales graves

Con el desarrollo de la reforma psiquiátrica y los procesos de desinstitutionalización, se produjo entre las autoridades sanitarias la necesidad de conocer la situación de las personas con trastornos mentales graves. Para diferenciarlos de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y, por regla general, menos discapacitantes), se han establecido criterios basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia. La mayor parte de estudios se han centrado en la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-3% de la población adulta.

Se han descrito grandes diferencias en la prevalencia de esquizofrenia entre países, con cifras que varían desde el 0,3 por 1.000 en Canadá al 11 por 1.000 en EE.UU.

En la población española se concluyó que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines estaría en alrededor del 7 por 1.000, similar a la hallada en estudios internacionales (4).

La variabilidad entre estudios en el trastorno bipolar es aún mayor que la encontrada en el caso de la esquizofrenia. La mayor parte de los estudios dan unas cifras de prevalencia para el trastorno bipolar alrededor del 0,5-1%.

La carga familiar de los trastornos mentales graves

En la mayoría de los países que han evolucionado desde un modelo custodial centrado en la hospitalización a un modelo de atención basado en la comunidad, el desarrollo de la red de dispositivos y servicios específicos para atender a la población desinstitucionalizada ha llegado con retraso y, generalmente, de forma insuficiente. Como consecuencia, se ha observado que la mayor fuente de ayuda que tienen las personas que sufren trastornos mentales graves y de duración prolongada es la familia.

Prestar cuidados a un familiar con un trastorno mental tiene un claro y mensurable impacto sobre las y los miembros de una familia, que se describe generalmente como «carga familiar» (5). Actualmente existen escasos estudios en nuestro entorno que analicen la carga que representa para la familia el hacerse cargo de una persona con trastorno mental grave y de larga duración. No obstante, todos coinciden en que existe un perfil característico de la persona que cuida: ser mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio.

Los estudios disponibles coinciden en señalar porcentajes elevados de “Carga” asociada a la prestación de cuidados. El cuidador o cuidadora principal llega a ceder gran parte de su tiempo, más de 60 horas a la semana, y durante años. De hecho, algunos estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica de este grupo de población es el doble de la esperada (6).

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, aquellos que padecen trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial. Sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes, que, aunque también generan sufrimiento e invalidez, requieren atención clínica proporcionada casi exclusivamente por un solo profesional, ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos. (7)

La prevalencia de personas con trastorno mental grave del global de pacientes atendidos en cualquier dispositivo de los servicios de salud mental en Asturias en los años 1999 y 2000 era de 7,95 por mil habitantes mayores de 14 años, es decir, unos 7.600 pacientes. Esta cifra se mantiene constante

En el área sanitaria de Avilés, teníamos constancia del número de casos graves y de las “pérdidas” de muchos de esos casos. Y a finales de los años noventa nos hicimos unas PREGUNTAS CLAVE, ya expresadas anteriormente.

1a/ ¿Es posible mantener en la comunidad al grupo de trastornos mentales más graves?

2a/ ¿Se pueden disminuir los índices de urgencias y reingresos hospitalarios de ese grupo?

3a/¿Es posible disminuir la estancia media con respecto a hospitalizaciones previas?

4a/¿Es posible conseguir un aumento de la adherencia a los Servicios de Salud Mental?

5a/ ¿Se pueden disminuir las recaídas, suicidios y tentativas de los enfermos mentales graves?

6a/ ¿Se puede mejorar la calidad de vida personas con trastornos mentales graves y de sus familiares con intervenciones de los Servicios de Salud Mental?

Pensamos que para todas estas preguntas existen respuestas positivas que hemos intentado canalizar a través del MODELO AVILES.

EL MODELO AVILES PARA LA IMPLANTACION DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO : UN PACTO CON LA REALIDAD.

El MODELO AVILES es una forma de organizar el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental para atender a las personas con Trastornos Mentales Graves, posible de realizar, a nuestro entender, en aquellos lugares donde exista un desarrollo avanzado de servicios y prestaciones asistenciales y que puede ser una guía para transformar y desarrollar servicios útiles. No se trata de presentar un área sanitaria modelo sino un modelo de área sanitaria que pretende lograr las máximas prestaciones de los recursos disponibles.

¿CÓMO SURGE EL MODELO AVILES?

Nos inspiramos en un programa comunitario aplicado y evaluado en múltiples ocasiones, del cual se ha llegado a afirmar que es la principal aportación a la Salud Mental Comunitaria en los últimos años del siglo XX (8) . Nos referimos al Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario en la comunidad, que Mary Ann Test y Leonard Stein diseñan en el Hospital Psiquiátrico de Madison, Wisconsin en 1973 (9).

Artículo fundacional del TAC

■ **Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation**

- L. I. Stein and M. A. Test
Vol 37, número 4, april 1980



EVOLUCION CONCEPTUAL DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

El enfoque preconizaba la prestación de la asistencia “in vivo”, en el ambiente habitual del paciente. Los mecanismos de afrontamiento del estrés se aprenderían allí donde iba a ser necesario ponerlos en funcionamiento.

Los hallazgos más consistentes coinciden en reforzar la impresión de que los pacientes que siguen un programa de TAC viven de forma más independiente, sin aumentar la carga familiar y pasan menos tiempo hospitalizados. La mayor parte de las intervenciones deben realizarse fuera del despacho, en el domicilio del paciente.

Sobre esta filosofía se estructura el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés. Tras varios años de funcionamiento y tras haber contrastado nuestra experiencia también con el llamado MODELO INGLES (10), que convive con una mayor y mejor dotación de la asistencia sanitaria pública en Salud Mental que la norteamericana, hemos ido estructurando una forma de funcionamiento diferenciada y adaptada a la realidad asistencial española.

Por otra parte, estudios como el Optimal Psychosis Treatment (11) desarrollado por Ian Falloon entre 1999 y 2004 permitió a este autor identificar una tríada de intervenciones básicas para el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas y afectivas:

- Tratamiento psicofarmacológico optimizado
- Intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares
- Seguimiento intensivo domiciliario de los casos

Pensamos que el Modelo Avilés se estructura sobre estos sólidos pilares que debieran estar presentes en la oferta de intervenciones de todos los Servicios de Salud Mental actualizados conforme a las pruebas provenientes de la investigación y evaluación. (12)

Pensamos que la intervención de los SSM ante la patología psíquica grave no debe limitarse a la atención al daño sino también debe atender a la discapacidad y al hándicap. A este respecto nos

La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. Una intervención rehabilitadora que aspire a implicar en ella a los pacientes debe ser entendida como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente más que se trate la patología.

La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera que el paciente demande atención al equipo de tratamiento, sino que es el propio equipo quien se la ofrece, 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.

Este planteamiento además de ser un derecho que tiene la familia, facilita su colaboración para que los usuarios se mantengan en contacto con los servicios de rehabilitación, y acepten las propuestas del equipo, al aumentar la credibilidad de los profesionales por parte de la familia.

En nuestro caso, hemos aplicado con notable éxito el modelo psicoeducativo unifamiliar de Falloon que preconiza la realización de las intervenciones familiares en el domicilio del paciente, lo que encaja plenamente con nuestra filosofía de trabajo. (13)

El estudio referenciado, conocido como Proyecto PEPE (Proyecto Español de Psicoeducación en Esquizofrenia), muestra como las intervenciones psicoeducativas domiciliarias propuestas por Falloon, Leff o Fadden, entre otros tienen una notable capacidad para reducir recaídas y prevenir reingresos. Y que dichas intervenciones debieran ser puestas en marcha con mucha más frecuencia de lo que lo hacen los diferentes dispositivos de asistencia psiquiátrica. En el estudio reseñado, las intervenciones psicoeducativas realizadas en Avilés lo fueron en domicilio y de

forma individualizada, a diferencia del resto de centros participantes, logrando unos mejores resultados que las que se llevaban a cabo en dispositivos sanitarios.

COMPOSICIÓN DEL ETAC.

Respondiendo a uno de los principios básicos del modelo de atención comunitaria se trata de un equipo multidisciplinar que aborda las necesidades del paciente de manera integral.

Cuenta con:

- Dos psiquiatras
- Personal de enfermería:
- Cuatro diplomados universitarios en enfermería.
- Un auxiliar sanitario especialista en psiquiatría.
- Dos auxiliares de enfermería.
- Dos trabajadoras sociales (a tiempo parcial)

Aunque ésta es la estricta composición del ETAC hay que recordar que como dispositivo integrado en el Área de Rehabilitación son muchos otros profesionales los que intervienen con los pacientes del ETAC (vg, psicólogos clínicos, neurólogos, logopedas o terapeutas ocupacionales).

La jornada laboral es de 7 horas durante 5 días a la semana. Somos conscientes que esta jornada laboral reducida es una de las debilidades de nuestro modelo. Nuestra experiencia avala el hecho de que una jornada de 10-12 horas, incluyendo los sábados, sería el modelo más adecuado de funcionamiento para un dispositivo de este tipo porque el modelo de organización de nuestra área y en general, del sistema sanitario español, facilita no tener que realizar complicados sistemas de guardias de noche y de fin de semana

ORGANIZACIÓN INTERNA. Todos los pacientes tienen asignado un tutor.

Todos los componentes del equipo, a excepción de los psiquiatras y auxiliares de clínica, desempeñan la figura de tutor o coordinador de cuidados.

Cada tutor principal con dedicación exclusiva al programa es el referente permanente para un máximo de 15 pacientes.

El papel del tutor es imprescindible para asegurar el cumplimiento del proceso de tratamiento y rehabilitación.

Con el objeto de flexibilizar el funcionamiento del ETAC, es importante que todos los miembros del equipo estén al tanto de la evolución de cada paciente. Así, el ETAC puede intervenir con eficacia cuando varios pacientes se encuentran en crisis al mismo tiempo, o bien cuando falta algún tutor o miembro del equipo.

Los CRITERIOS DE ADMISIÓN DE LOS PACIENTES en el ETAC son:

Las siguientes categorías diagnósticas:

- Esquizofrenia
- Trastorno Paranoide
- Trastorno Bipolar
- Trastorno esquizoafectivo
- Depresión Mayor
- Trastorno obsesivo-compulsivo grave

El TAC no parece indicado para aquellos usuarios cuyo diagnóstico principal sea un retraso mental, un trastorno mental orgánico o un trastorno de la personalidad, aunque empiezan a aparecer experiencias que sugieren buenos resultados en estos grupos.

A la hora de la admisión en el ETAC se tendrán en cuenta componentes sociales (sobrecarga familiar, escaso apoyo, etc.) y el nivel de utilización de los servicios (preferencia para aquellos casos con hospitalizaciones prolongadas o con revolving door).

En principio no se incluirán pacientes menores de 14 años de edad ni mayores de 70 años.

Los pacientes estarán un mínimo de 5 años a cargo del ETAC: tras los cinco primeros años, si el paciente está estabilizado se inicia un año de seguimiento con una sola visita domiciliaria al mes. Si no hay crisis ni recaídas en ese tiempo el paciente volverá al Centro de

- AVD
- Apoyo Social
- Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas

FASES EN LA INTERVENCIÓN DEL ETAC.



1. **DERIVACIÓN DEL CASO.**- El equipo recibe una petición verbal de ingreso del paciente por parte de su terapeuta de referencia en el Centro de Salud Mental.

Valorado el perfil del paciente, y siempre que cumpla los criterios de inclusión en el programa se le asigna un tutor y un segundo responsable, que junto con el responsable clínico hacen las entrevistas de evaluación.

2. **ENTREVISTA DE ACOGIDA.**

3. **FASE DE "ENGANCHE" Y ENTREVISTAS DE EVALUACION.**- "Enganche" y evaluación se van supeditando y adaptando a las características individuales de cada paciente, siendo lo más frecuente que se solapen. La evaluación, que debe ser global, se centra en la valoración de las capacidades funcionales y deficiencias del paciente, así como en los apoyos y demandas del medio.

4. DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN.- Una vez “enganchado” el paciente, y finalizada la fase de recogida y análisis de los datos se diseñará el plan individualizado de intervención con el paciente y sus familiares. La evolución de cada paciente se revisará extensamente cada 6 meses, constatando si se están cumpliendo los objetivos marcados.

ATENCIÓN DOMICILIARIA.- Una de las características básicas en el funcionamiento del ETAC es la disponibilidad para responder a las necesidades del paciente en su medio comunitario. Este carácter “móvil” confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red de Salud Mental.

Sus objetivos son variados:

-Favorecer la permanencia del paciente en su entorno familiar y social, evitando la institucionalización o ingresos hospitalarios innecesarios.

-Disminuir el riesgo de desvinculación del paciente de los Servicios de Salud Mental.

-Realizar las intervenciones de enseñanza de habilidades de la vida diaria.

-Realizar el seguimiento y control del paciente para evaluar el resultado de las intervenciones aplicadas.

-Asegurar la detección de posibles reagudizaciones para poder intervenir precozmente.

-Prevenir situaciones de riesgo para la salud del paciente y grupo familiar.

Las visitas domiciliarias corren a cargo generalmente del personal enfermero. El psiquiatra realiza visitas en las crisis, en la fase de evaluación del paciente o en casos especialmente refractarios. El ETAC de Avilés realiza unas 2500 visitas domiciliarias anuales

Resultados de un plan pionero en España

El mejor hospital en casa

Salud Mental ha logrado, mediante un programa de atención a domicilio, reducir en un 80% los reingresos de pacientes con patologías graves

EVALUACION DE RESULTADOS:

Se realiza un seguimiento de cada caso. Al ingreso se administran una serie de escalas:

Cuestionario de datos personales y clínicos.

Escala de discapacidad de la O.M.S.

Escala HONOS

Escala WHOQOL-BREF

Escala de Verona de satisfacción de los usuarios con el Servicio.

Impresión Clínica Global

Luego, cada 12 meses el PIR se evalúa mediante la escala HONOS

12 áreas valoradas de 0-4 agrupadas en problemas:

Problemas Conductuales 0-12

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada
2. Autolesiones no accidentales
3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas

Deterioro 0-8

4. Problemas cognitivos
5. Problemas por enfermedad física o discapacidad

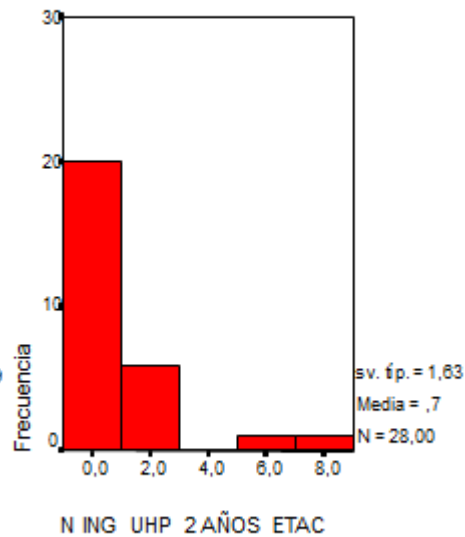
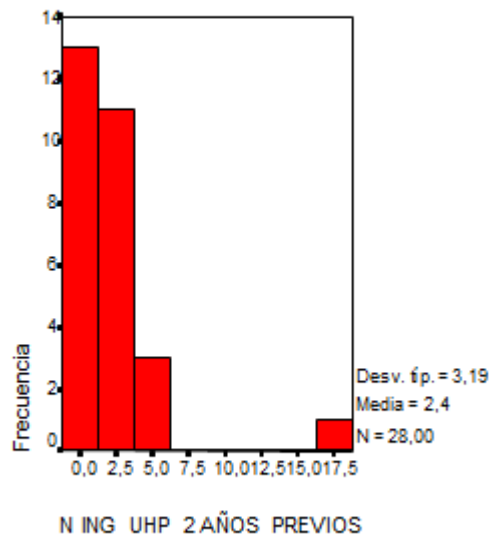
Problemas Clínicos 0-12

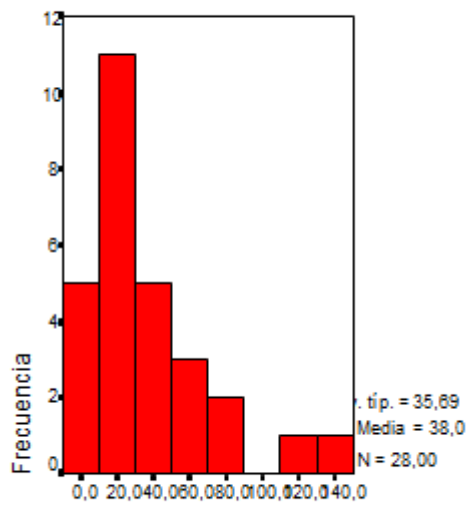
6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones
7. Problemas en relación con el humor depresivo
8. Otros problemas mentales o conductuales

Problemas Psicosociales 0-16

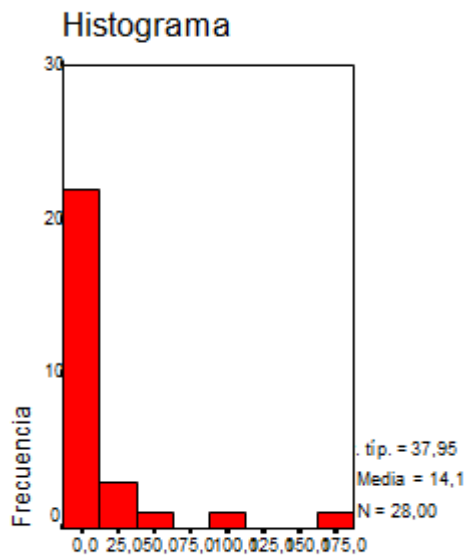
9. Problemas con las relaciones
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana
11. Problemas con las condiciones de vida.
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades

RESULTADOS

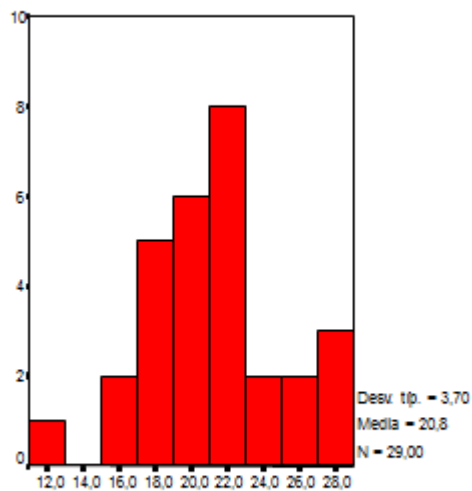




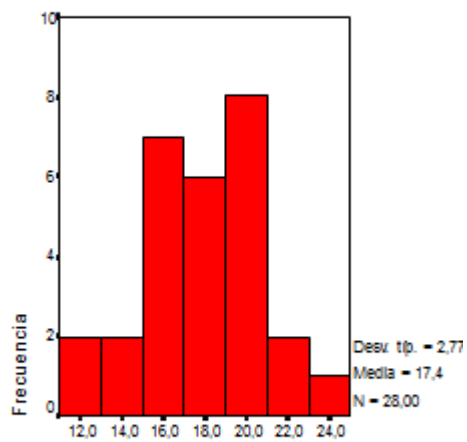
D ING UHP 2 AÑOS PREVIOS



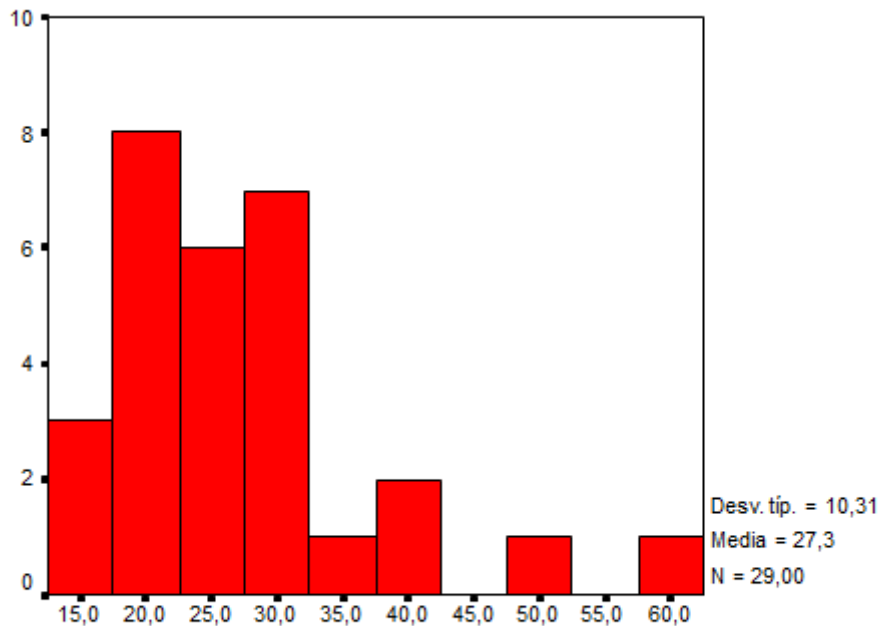
D ING UHP 2 AÑOS ETAC



HONOSGL



HONOS A LOS 2 AÑOS

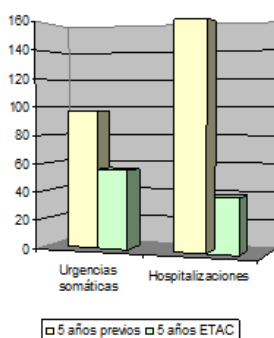


EDAD PRIMER INGRESO

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL ETAC (1999-2004):

- N° de pacientes.....65
- N° de urgencias somáticas 5 años previos.....97
- N° de urgencias somáticas 5 años ETAC.....56
- N° de hospitalizaciones 5 años previos.....160 (2628 días)
- N° de hospitalizaciones 5 años ETAC.....39 (711 días)

Actividad del ETAC (1999-2004)



	5 años previos	5 años ETAC
Urgencias somáticas	97	56
Hospitalizaciones	160	39
Días hospitalización	2628	711

Actividad del ETAC 1999-2016:

- 28 exitus:
 - 4 neoplasias
 - 12 Enf. Cardiovascular
 - 7 Suicidios
 - 2 ahogamientos
 - 3 muertes comunes no filiadas

Actividad ETAC

- Más de 6 años: 41 pacientes
- Menos de 3 años: 42
- Entre 3-6 años: 38
- No han ingresado en UHP desde que están en ETAC : 55 casos
- Solo un ingreso: 18 casos

REFLEXIONES: Para mejorar:

- Puede que replicar exactamente el modelo de Stein y Test no sea lo más efectivo en el siglo XXI en un sistema sanitario como el nuestro.
- Necesidad de que el equipo TAC mantenga la atención a sus pacientes lo más intensamente posible cuando ingresen en otros dispositivos.
- Necesidad de establecer criterios claros para dar ALTAS: evitar pacientes “mascota” o “bombón”.

POTENCIAR LO BUENO

- **Individualización** de la atención.
- Evitar “**protocolismo**”.
- **Flexibilidad** a la hora de intervenir
- Trabajo en **equipos autónomos**, lejos de la gestión de casos
- Enfoque **multidisciplinar** de la asistencia
- El TAC es un instrumento clave para el desarrollo de un servicio moderno de salud mental.
- Especialmente útil para aquellos pacientes desvinculados o en riesgo de desvincularse de los servicios comunitarios tradicionales.
- No es algo mágico.

- Los equipos TAC deben ser parte del nuevo sistema de servicios de salud mental que incluyen equipos de resolución de crisis, de internamiento domiciliario, camas de agudos, rehabilitación y acceso a vivienda digna, trabajo y ocupación.

El “corazón” de un equipo TAC efectivo son las relaciones terapéuticas entre staff y pacientes.

Dos estudios interesantes, realizados por Lorena Pallás, en colaboración miembros del ETAC fueron presentados en el XIII Congreso de TAC de Avilés.

1.- El primero evalúa la calidad de vida de los pacientes del ETAC de Avilés desde 1999 -2016 en un grupo de 15 pacientes (14)

METODOLOGÍA

ESTUDIO DESCRIPTIVO. Se realiza un estudio clínico, natural, descriptivo y longitudinal -de medidas totalmente repetidas- utilizando el instrumento de evaluación WHOQoL-Bref. Se analizan las dimensiones: CV global, salud general, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno –o ambiente-.

COMPARACIÓN DE VARIABLES. Se comparan las variables entre sí mediante el programa estadístico SPSS, pruebas T de Student para muestras dependientes y se elaboran gráficos con Minitab 17.

Los pacientes del estudio no perciben que su CV haya disminuido en los últimos 17 años, detectándose una tendencia ascendente en el factor Entorno. Los resultados son coherentes con una hipótesis de correlación entre el mantenimiento del nivel de CV percibida y formar parte de un proceso rehabilitador en el TAC de Avilés.

2.- El segundo estudio valora la influencia de las variables sociodemográficas en la Calidad de Vida medidas con el WHOQoL (15).

Analizar si la Calidad de Vida (CV) de un grupo de 15 pacientes TAC de Avilés se ve afectada por diferentes variables sociodemográficas: género, edad, nivel de estudios, nivel socio-económico, lugar de residencia y convivencia. Como objetivos

específicos se plantea analizar la influencia de estas variables en las dimensiones de la CV: CV global, salud general, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno.

La EDAD es la única variable que influye en la Calidad de Vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12: 74-77.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
3. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado n.o 102 (29-04- 1986).
- 4 . Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.
5. Magliano L, Fadden G, Madianos M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 405-412.
6. Moral MS, Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32 (2): 77-84.
7. Fernández Liria A. Claves para la elaboración de una estrategia de salud mental en España. En: Espino Granado J (Coord). *La Atención a la salud mental en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 80-94.
8. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001089.
9. LI Stein and MA Test, vol 37, April 1980. Alternative to mental hospital treatment, conceptual model, treatment program and clinical evaluation
10. Thornicroft G, Szmuckler G (Eds). *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

11. Ian R. H. Falloon, M.D., D.Sc. The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. PSYCHIATRIC SERVICES May 1999 Vol. 50 No. 5

12. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Equipos comunitarios de salud mental para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford:

Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

13. Fermín Mayoral, Adela Berrozpe, Jesús de la Higuera, Juan José Martínez-Jambrina, Juan de Dios Luna y Francisco Torres-Gonzalez

Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2015;**8(2)**:83-9

14. Pallás Alvarez L., Fernández García AR, Martínez Jambrina JJ. ¿Cómo evoluciona la Calida de Vida en los pacientes del ETAC de Avilés? 1999-2016. Poster presentado al XIII Simposio sobre TAC, Avilés, 2016

15. Pallás Alvarez L., Fernández García AR, Martínez Jambrina JJ. Influencia de las variables de medida sociodemográficas medidas con el WhoQoL Poster presentado al XIII Simposio sobre TAC, Avilés, 2016

6.- EL TAC EN ESPAÑA. PROCESO DE DIFUSIÓN.

1.- INTRODUCCIÓN

Diferentes factores han ido influyendo para que en España se fueran desarrollando en diferentes momentos y con diferentes realidades programas de asistencia y rehabilitación psicosocial a personas con trastorno grave y persistente (Vallespí, 2007).

Actualmente en diferentes puntos de la geografía española se dispone de servicios de rehabilitación psicosocial que se han ido construyendo dando prioridad a un funcionamiento centrado en la calidad asistencial ofrecida tanto a los propios pacientes como a sus familiares. Estos diferentes servicios toman como referente el Tratamiento Asertivo Comunitario ya desarrollado y utilizado en la asistencia a enfermos graves en Estados Unidos e Inglaterra, que disponía de numerosos estudios sobre su efectividad (Marshall y Lockwood, 1998).

2.- JUSTIFICACION

Desde que en 1999 se pusiera en funcionamiento el Equipo de Tratamiento Comunitario (ETAC) en Avilés (Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias), se han ido abriendo otros ETACs en diferentes puntos del país. Desde hace algo más de 2 años el ETAC-Modelo Avilés ha ido desarrollado algunos avances en investigación sobre la calidad del Tratamiento Asertivo Comunitario. Hoy su interés es conocer el proceso de funcionamiento de los demás servicios españoles para poder comparar su calidad con los demás ETACs.

3.- HIPÓTESIS

Los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario españoles funcionan en base a una estructura y un proceso de organización interna, actividad asistencial, coordinación externa y accesibilidad.

4.- OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Analizar el funcionamiento de los ETACs españoles.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Identificar el proceso de funcionamiento en base a la organización interna de los ETACs de España.
- 2) Identificar el proceso de funcionamiento en base a la actividad asistencial de los ETACs de España.
- 3) Identificar el proceso de funcionamiento en base a la coordinación externa de los ETACs de España.
- 4) Determinar el proceso de funcionamiento en base a la accesibilidad a los ETACs de España.

5.- METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE INVESTIGACION

Descriptiva, puesto que se centra en caracterizar el proceso de funcionamiento de los ETACs españoles. .

5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

No experimental ya que nos centraremos en el estudio de la realidad de los ETACs españoles.

Es transversal pues estudiamos el proceso de funcionamiento de los ETACs en un periodo de tiempo determinado, febrero y marzo 2013.

5.3. POBLACION DE ESTUDIO

Se elige estudiar todos los ETACs del sistema sanitario español, sin embargo no todos colaboraron con la aportación de los datos. Así de unos 40 ETAC que hay en España en el año 2013 colaboraron un total de 23.

5.4. VARIABLES

Se utilizaron tanto variable ordinales como nominales, cuantitativas como cualitativas.

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>
1. Estructura	1.1. Personal	Profesiones y cuantos de

		cada constituyen el ETAC.
2. Proceso: Inicio	2.1. Año	Fecha que inicio el funcionamiento del ETAC.
3. Proceso: Organización interna	3.1. Reuniones de coordinación interna	Realizar reuniones de coordinación interna
	3.2. Reuniones de revisión de pacientes	Realizar reuniones de revisión de pacientes
4. Proceso: Actividad asistencial	4.1. Actividad en la comunidad	Realizar actividades en la comunidad y en el domicilio del paciente.
	4.2. Contacto con el paciente.	Realizar contactos con el paciente vinculados al desarrollo del programa Individual.
	4.3. Contactos telefónicos.	Realizar contactos telefónicos con los pacientes.
5. Proceso: Coordinación externa	5.1. Reuniones con la comunidad	Realizar reuniones formalizadas con estructura y periodicidad fija con agentes y/o entidades comunitarias.
6. Proceso: Accesibilidad	6.1. Demora de atención	Presencia de demora en la atención a un paciente desde su derivación
	6.2. Respuesta a urgencias	Actuación ante la urgencia.
	6.3. Disponibilidad del equipo	Disponibilidad de contacto del equipo

5.5. INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos de las variables se emplea un Cuestionario diseñado para la ocasión. Se realizará validez de contenido con un profesional del medio experto en el TAC que

supervisará los aspectos medidos sobre las variables. Posteriormente se realizará validez de constructo aplicando a prueba piloto al coordinador del ETAC de Avilés.

Para la recogida de información se enviará el Cuestionario vía correo electrónico a los coordinadores de todos los ETACs de España para que lo cumplimenten.

5.6. PROCEDIMIENTO

Después de recibir los Cuestionarios sobre el Funcionamiento de los ETCs en España por parte de cada uno de los coordinadores, se analizarán los con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) computarizado versión 12.00 para Windows, con estadística descriptiva básica, centrada en la ocurrencia y presencia.

6- ANALISIS DE DATOS

Partiendo del año de puesta en funcionamiento de los diferentes ETACs de España, se describen las principales características sobre la estructura de personal profesional que los constituyen. También se describe el proceso de funcionamiento de estos ETACs, tanto a nivel de organización interna como externa, en su interrelación con la comunidad de la que forman parte los diferentes pacientes asistidos.

6.1. IDENTIFICACION:

Comenzamos señalando cierta característica que nos permite determinar el tiempo de funcionamiento de cada uno de los ETACs estudiados.

6.1.1. INICIO

En España no comenzaron a funcionar todos los ETACs en el mismo momento, sino que aparecen grandes diferencias de unas comunidades autónomas a otras.

6.1.1.1. Año:

Se hace referencia a cuando se inició el funcionamiento de cada ETAC en las diferentes localidades de España, habiendo comunidades autónomas que disponen de varios de estos equipos.

De los 23 equipos estudiados (Tabla 1) nos encontramos que estos se han ido abriendo a lo largo de los últimos 14 años, desde el año 1999 que es cuando se abre el ETAC-Avilés hasta el más reciente del estudio, en 2013 que aún está en fase de creación del equipo, por lo que da a considerar que hay diferencias de desempeño es los diferentes ETACs del país. En la actualidad, de 2013 a ahora san abierto 6 ETACS más.

De todos los ETACs encontramos que cuando mas han comenzado a funcionar ha sido en el año 2006, que abrieron el 21,7% de ellos.

Tabla 1: Identificación: Año de Inicio de Funcionamiento

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Año 1999	1	4,3
Año 2000	0	0
Año 2001	1	4,3
Año 2002	1	4,3
Año 2003	3	13,0
Año 2004	3	13,0
Año 2005	2	8,7
Año 2006	2	8,7
Año 2007	1	4,3
Año 2008	0	0
Año 2009	0	0
Año 2010	2	8,7
Año 2011	5	21,7
Año 2012	1	4,3
Año 2013	1	4,3
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.2. ESTRUCTURA:

Consideramos aquí los elementos que hace posible el funcionamiento de los ETACs.

6.2.1. Personal laboral

Son los profesionales que con vinculación laboral a la administración correspondiente constituye el ETAC. Nos centramos en que tipo de profesionales hay, cuántos de cada tipo y en la disponibilidad laboral de cada uno de ellos.

6.2.1.1. Psiquiatras:

Todos los ETACs de España disponen de médico psiquiatra
En la Tabla 2 se presenta como lo más frecuente en los ETACs de España es tener 1 ó 2 de (87%) médicos especialistas en psiquiatría, tan solo el 13% tiene 3 ó 4, no habiendo ningún ETAC que disponga de mayor número.

Tabla 2: Estructura: Personal: Psiquiatras

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1 ó 2 psiquiatras	20	87
3 ó 4 psiquiatras	3	13
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Pero algo que repercute, afecta en el funcionamiento de los equipos además del número de profesionales que haya de cada especialidad son las condiciones laborales en las que desempeñan su trabajo.

Así nos encontramos que entre los ETACs de España hay gran variabilidad en cuanto al número de psiquiatras de los que se dispone y en las condiciones laborales en las que se encuentran estos, repercutiendo esto directamente en el funcionamiento del ETAC. Como se refleja en la Tabla 3, hay ETACs que disponen de tan solo 1 psiquiatra y además a tiempo parcial (30,4%) frente al que dispone de 3 y a tiempo completo (Servicio Canario de Salud, Tenerife). No obstante lo más frecuente es disponer de un solo psiquiatra ya sea a tiempo parcial como a tiempo completo (30,4%).

Tabla 3: Estructura: Personal: Condición laboral de los Psiquiatras

	Frecuencia	Porcentaje
Un psiquiatra a tiempo parcial	7	30,4
Un psiquiatra a tiempo completo	7	30,4
Dos psiquiatras a tiempo parcial	2	8,7
Dos psiquiatras: uno a tiempo parcial y otro completo	2	8,7
Dos psiquiatras a tiempo completo	2	8,7
Tres psiquiatras a tiempo parcial	1	4,3
Tres psiquiatras a tiempo completo	1	4,3
Cuatro psiquiatras a tiempo parcial	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.2.1.2. Psicólogos:

Nos encontramos que lo más frecuente en los ETACs de España es que no haya ningún profesional (Tabla 4) de esta formación y especialidad.

Tabla 4: Estructura: Personal: Psicólogos/as

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ninguno	16	69,6
Alguno	7	30,4
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Y cuando el ETAC está constituido por alguno de estos profesionales (Tabla 5) lo dominante es que solo dispongan de uno (26,1%) y en diferentes condiciones laborales de disponibilidad al equipo de trabajo.

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Ninguno	16	69,6
Un psicólogo a tiempo parcial	4	17,4
Un psicólogo a tiempo completo	2	8,7
Tres psicólogos a tiempo parcial	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

6.2.1.3. Enfermeros/as

El personal de enfermería es al igual que el de psiquiatras los que todos los ETACs tienen, consideramos que se debe a la visión y reconocimiento tradicional de quienes son los profesionales de la sanidad (Tabla 6).

Tabla 6: Estructura: Personal: Enfermeros/as

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
De 1 a 4 enfermeros/as	20	87
De 5 ó mas enfermeros	3	13
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

En lo que se encuentra variedad es en el número de ellos y en las condiciones laborales en que se encuentran en los diferentes ETACs y así como se ve en la Tabla 7. En España nos encontramos en que mientras dos ETAC cuentan con un solo enfermero a tiempo parcial hay otro que dispone de 12 a tiempo completo. No obstante lo más frecuente (9, 39,1%) es disponer de un solo enfermero a tiempo completo seguido de presentar dos en las mismas condiciones laborales (4 ETACs: 17,4%).

Tabla 7: Estructura: Personal: Enfermeros/as

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Un enfermero a tiempo parcial	2	8,7
Un enfermero a tiempo completo	9	39,1
Dos enfermeros a tiempo completo	4	17,4
Tres enfermeros a tiempo parcial	1	4,3
Tres enfermeros a tiempo completo	2	8,7
Cuatro enfermeros a tiempo completo	2	8,7
Cinco enfermeros a tiempo completo	1	4,3
Seis enfermeros a tiempo parcial	1	4,3
Doce enfermeros a tiempo completo	1	4,3
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.2.1.4. Trabajador Social

El Trabajador Social es un profesional poco presente en los ETACs. Como se presenta en la Tabla 8 el 21,7% de los equipos no disponen de ningún profesional de esta especialidad, a pesar de que se caracteriza por llevar a cabo un tratamiento centrado en el abordaje social, en la reinserción social y por llevarse a cabo en la propia comunidad, sociedad del paciente.

Tabla 8: Estructura: Personal: Trabajadores Sociales

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ninguno	5	21,7
Alguno	18	78,3
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

No obstante, lo más frecuente es disponer de un trabajador social a tiempo parcial. También destacar que aunque sea lo menos frecuente hay un ETAC que tiene cuatro trabajadores sociales y además a tiempo completo.

Tabla 9: Estructura: Personal: Trabajador/a Social

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	5	21,7
Un trabajador social a tiempo parcial	10	43,5
Un trabajador social a tiempo completo	4	17,4
Dos trabajadores sociales a tiempo parcial	2	8,7
Tres trabajadores sociales a tiempo completo	1	4,3
Cuatro trabajadores sociales tiempo completo	1	4,3
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.2.1.5. Educador/a

Los educadores son facilitadores del proceso de aprendizaje de conductas adaptativas sin embargo es el profesional menos presente en los ETACs españoles.

En la Tabla 10 queda manifiesto como lo mas frecuente, casi la totalidad de los ETACs (20, 87%) no disponen de este profesional.

Tabla 10; Estructura: Personal: Educadores/as

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ninguno	20	87

Alguno	3	13
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Tan solo 3 ETACs cuentan con la presencia de “educador” destacando un solo ETAC que dispone de 5 y además a tiempo completo.

Tabla 11: Estructura: Personal: Educador/a

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No hay	20	87
Un educador a tiempo parcial	1	4,3
Un educador a tiempo completo	1	4,3
Cinco educadores a tiempo completo	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.2.1.6. Administrativos

Los administrativos tampoco están muy presentes en los ETACs, lo que nos lleva a considerar que bien estos equipos dependen de otros servicios o bien que son los otros profesionales los que además de lo propio de su especialidad deben llevar a cabo funciones administrativas, lo que conlleva el encarecimiento del TAC, al pagar por actividades puramente administrativas sueldos de profesionales cualificados.

Lo más frecuente en los ETACs de España es no tener administrativos (17 de los 23 ETACs estudiados, 73,9%) (Tabla 12).

Tabla 12: Estructura: Personal: Administrativos

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ninguno	17	73,9

Alguno	6	26,1
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Entre los 6 ETACs españoles que disponen de administrativos (Tabla 13) solo en un equipo está en situación de tiempo completo, en los otros cinco los administrativos están a tiempo parcial..

Tabla 13: Estructura: Personal: Administrativo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No hay	17	73,9
Un administrativo a tiempo parcial	5	21,7
Un administrativo a tiempo completo	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.2.1.7. Otros profesionales.

Además de los mencionados profesionales en algo menos de la mitad de los ETACs, en 10 de los 23 estudiados en España, disponen de Auxiliares de Enfermería a tiempo completo. En la Tabla 8 se refleja que otros profesionales presentes, aunque a mucha menor proporción, son los monitores, los gestores de caso y los técnicos de empleo.

Tabla 14: Estructura: Personal: Otros profesionales

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Auxiliar de Enfermería a tiempo completo	10/23	43,47
Auxiliar de Psiquiatría	2/23	8,69
Monitores	4/23	17,39
Gestores de Caso	1/23	4,34
Técnico de Empleo	1/23	4,34
No hay otro	7/23	30,43

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3. PROCESO:

Hace referencia al funcionamiento propiamente dicho de los ETACs. Este proceso se centra en cómo se organizan internamente los equipos, en como llevan a cabo su actividad asistencial, en como coordinan con los servicios, instituciones, externas tanto formal como informalmente y en la accesibilidad que tienen los propios pacientes al mismo ETAC.

6.3.1. ORGANIZACIÓN INTERNA

Nos referimos a como los profesionales mencionados anteriormente se organizan para desempeñar la actividad asistencia desarrollando el tratamiento asertivo comunitario.

6.3.1.1. Reuniones de Coordinación Interna:

Se refiere a la ocurrencia de llevar a cabo reuniones cuyo principal objetivo es el de coordinar internamente la labor de todos los profesionales.

En todos los ETACs de España, como era de esperar, se realizan este tipo de reuniones de coordinación interna (Tabla 15) que se caracterizan por participar en ellas todos los miembros del ETAC.

Tabla 15: Proceso: Organización Interna: Reuniones de Coordinación Interna

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	23	100
No realizan	0	0
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Y en estas reuniones de coordinación interna que llevan a cabo los ETACs españoles el principal tema tratado, Tabla 9, es analizar y considerar cada paciente que llega al ETAC por derivación (95,65%). Otro tema abordado en estas reuniones en el 86,95% de

los ETACs de España son las actividades que realizan los profesionales del ETAC en la comunidad donde vienen desarrollando sus servicios. Por igual número de ETACs (17, 73,91%) también se abordan las actividades que lleva a cabo el equipo dentro del mismo centro así como las que realizan con otros servicios o instituciones de la comunidad.

Los temas (Tabla 16) más frecuentemente tratados en estas reuniones de coordinación interna de los ETACs es el de derivación de los pacientes (95,65%) seguidos de las actividades que hace el equipo tanto en la comunidad como en el propio centro.

Entre los otros temas abordados en estas reuniones cabe mencionar la formación, la coordinación con el CRPS, la gestión de pisos, la disponibilidad y cuantía de recursos, la rehabilitación psicosocial de los pacientes, los recursos sociosanitarios disponibles, problemas espacio, de farmacia, con otros equipos, así como la revisión periódica de los objetivos.

Tabla 16: Proceso: Organización Interna: Temas tratados en Reuniones de Coordinación Interna

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Derivación de pacientes	22/23	95,65
Actividades del equipo en la comunidad	20/23	86,95
Actividades del equipo en el centro	17/23	73,91
Actividades del equipo con instituciones/servicios	17/23	73,91
Investigación	10/23	43,47
Organización de congresos etc.	9/23	39,13
Otros	6/23	26,08

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.1.2. Reuniones de Revisión de Pacientes

Esta variable mide la ocurrencia en los ETACs de España de reuniones cuyo objetivo principal es el de revisar el proceso terapéutico de todos los pacientes tratados.

Como muestra la Tabla 17 todos los ETACs que dan información al respecto si realizan este tipo de reuniones.

Tabla 17: Proceso: Organización Interna: Participantes en Reuniones de Revisión de Pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Todo el equipo	22	95,7
No contesta	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

En la Tabla 18 queda de manifiesto que el tema mas abordado por el 91,30 % de los ETACs en estas reuniones es el de analizar la situación de todos los pacientes seguido del de analizar los casos derivados para decidir si son o no aceptados por el equipo (82,69% de los ETACs) y analizar el tratamiento que esta siguiendo el paciente por todos los profesionales (82,69% de los ETACs).

Sin embargo el 21,73% de los ETACs manifiestan que los temas que se tratan en este tipo de reuniones son principalmente temas de coordinación: coordinación de visitas domiciliarias o en el caso que corresponda de ingreso, coordinación de alojamiento, tutela, coordinación con otros servicios, recursos sociales, familia, o de patología no psiquiátrica. En algunos casos, con población inmigrante, se tratan temas respecto a los problemas de documentación que puedan surgir, problemas legales o de alojamiento.

Tabla 18: Proceso: Organización Interna: Temas tratados en Reuniones de Revisión de Pacientes.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Situación de los pacientes	21/22	91,30
Aceptar a los pacientes derivados	19/22	82,60
Asistencia/Tratamiento de pacientes	19/22	82,60
Adjudicación de pacientes	12/22	52,17
Otros	5/22	21,73
No contesta	1/22	4,34

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Se aborda en este apartado las actividades que realizan los diferentes profesionales del ETAC en su trabajo cotidiano.

6.3.2.1. Actividad en la Comunidad:

Esta variable mide si los profesionales realizan actividades en la comunidad o en el domicilio del paciente. Y como se muestra en la Tabla 12 todos los ETACs de España, como era de esperar, donde realizan principalmente sus actividades es en la comunidad.

Tabla 19: Proceso: Actividad en la comunidad

	Frecuencia	Porcentaje
Si la realizan	23	100
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.2.2. Contacto con el Paciente:

Nos referimos a realizar contactos con el paciente vinculados al desarrollo del programa Individual. Como en la Tabla 13 se refleja la actividad que todos los ETACs de España realizan es la asistencia psiquiátrica, de enfermería y social, pero solo el 65,21% realiza asistencia psicológica y esto resulta coherente con la poca presencia de los profesionales de la psicología clínica en estos equipos.

Varios ETACs manifiestan que en su contacto con el paciente realizan otras actividades como terapia ocupacional, apoyo a la vivienda y asesoramiento legal, también actividades de ocio y ocupacionales, actividades de coordinación de atención primaria, actividades de las asociaciones de usuarios y familiares, actividades de habilidades relaciones sociales, legales, actividades de coordinación con el sistema educativo o laboral, acompañamiento a otros médicos, realizar compras, cocinar, limpieza, supervisión domiciliaria y salidas en general.

La principal actividad que la totalidad de los ETACs de España realizan en la comunidad es la de llevar a cabo el tratamiento de los pacientes.

Tabla 20: Proceso: Actividad Asistencial: Tipo de Actividades desarrolladas en la Comunidad.

	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Psiquiátrica	23	100,00
Asistencia de Enfermería	23	100,00
Asistencia Social	23	100,00
Revisión	20	86,95
Asistencia Psicológica	15	65,21
Otros	13	56,52

Fuente: Elaboración Propia, 2013

En los ETACs de España lo más frecuente (Tabla 21) es que la asistencia clínica de los pacientes sea llevada a cabo por los propios profesionales del equipo,

Tabla 21: Proceso: Actividad Asistencial: Asistencia Clínica

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ETAC	17	73,9
ETAC y profesionales de otros servicios	6	26,1
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

En cuanto a quien realiza la actividad asistencial nos encontramos que no hay acuerdo en los diferentes ETACs sobre esto, siendo no obstante lo mas frecuente que sea el psiquiatra quien la lleve a cabo, ocurriendo esto en 21 de los 23 equipos estudiados.

Tabla 22: Proceso: Actividad Asistencial: Asistencia Clínica

	Frecuencia	Porcentaje
Todo el ETAC	7	30,43
Psiquiatra ETAC	7	30,43
Psiquiatra y psicólogo ETAC	3	13,04
Psiquiatra ETAC y psicólogo de otro servicio	2	8,69
Psiquiatra del ETAC y de otro servicio	2	8,69
ETAC y profesionales de otro servicio	2	8,69
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Se encuentra relación estadística significativa (Chi-Cuadrado de Pearson = 18,555 ; Nivel de Sig.= ,056 , Niv. $p < 0,05$) entre el proceso de actividad asistencial clínica con otros profesionales presentes en el ETAC como auxiliares de enfermería a tiempo completo, por lo que aquí se mantiene la hipótesis alternativa de hay relación entre el proceso de asistencia clínica y otros profesionales del ETAC. De hecho nos encontramos que en 5 ETACs sus auxiliares de enfermería participan en la asistencia clínica y otros ETACs señalan a monitores y en el caso de otro equipo mencionan un técnico de empleo a tiempo completo. Se rechaza aquí la hipótesis nula.

En el proceso de funcionamiento de la actividad asistencial de enfermería (Tabla 23) los ETACs de España que se manifiestan señalan en el 90,9% de los casos son profesionales del propio equipo quienes llevan a cabo este tipo de asistencia, frente al 9,1% que la realiza el propio equipo en coordinación con profesionales de otros servicios.

Tabla 23: Proceso: Actividad Asistencial: Asistencia de Enfermería.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ETAC	20	90,9
ETAC y otros profesionales de otros servicios	2	9,1
<i>Total</i>	22	100
No contesta	1	

Fuente: Elaboración Propia, 2013

La asistencia en enfermería (Tabla 24) como era de esperar son por excelencia los enfermeros quienes la llevan a cabo, destaca un equipo que manifiesta sin embargo ser el psiquiatra quien desempeña es actividad asistencial.

Tabla 24: Proceso: Actividad Asistencial: Asistencia de Enfermería

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero del ETAC	14	60,9
Psiquiatra ETAC	1	4,3
Enfermero ETAC y Auxiliar de enfermería ETAC	3	13,0
Enfermero ETAC y enfermero otro servicio	2	8,7
Enfermero ETAC y Auxiliar de Psiquiatría ETAC.	1	4,3
Enfermero ETAC y Psiquiatra ETAC	1	4,3
No contesta	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

En el proceso de funcionamiento la asistencia social de los ETACs de España (Tabla 25) nos encontramos que entre los que se manifiestan al respecto el 43,5% de ellos la realizan con personal del propio ETAC frente a mas de la mitad, el 54,5% que la realizan con personal del propio equipo y con otros profesionales de otros servicios.

Tabla 25: Proceso: Actividad Asistencial: Asistencia Social

	Frecuencia	Porcentaje
ETAC	10	54,5
ETAC y otros profesionales de otros servicios	12	52,5
<i>Total</i>	22	100

No responde	1	
-------------	---	--

La asistencia social (Tabla 26) lo más frecuente es que la lleve a cabo el propio trabajador social del equipo (43,5%) pero se comprueba que en varios equipos son otro tipo de profesionales quienes la llevan a cabo e incluso en 2 de los equipos estudiados no se realiza. Esto nos llama mucho la atención pues estamos refiriéndonos a un equipo que trabaja en la comunidad, es decir dentro del grupo social del propio paciente.

Tabla 26: Proceso: Actividad Asistencial: Asistencia Social

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Trabajador Social del ETAC	10	43,5
Trabajador Social ETAC y de otro servicio	4	17,4
Trabajador Social de otro servicio	2	8,7
Nadie	2	8,7
Enfermero con Aux .Clínica de ETAC y TS de otro servicio	1	4,3
Trabajador Social ETAC con TS y educador de otro servicio	1	4,3
Trabajador Social de otro servicio y ETAC	1	4,3
Enfermero de otro servicio	1	4,3
No contesta	1	4,3
<i>Total</i>		
	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Se encuentra relación estadística significativa entre la actividad de asistencia social y la estructura de de personal de los trabajadores sociales (Chi-cuadrado de Pearson = 13,993, Niv. Sig.= ,002 , Niv. $p < 0,01$)

Se encuentra también relación significativa entre el proceso de actividad de asistencia social y la asistencia de enfermería (Chi-cuadrado de Pearson = 8,171; Niv. Sig.= ,048 , Nivel: $p < 0,05$).

La revisión de pacientes en la comunidad (Tabla 27) es llevada a cabo en el 78,3% (18) de los ETACs españoles por personal del

propio equipo, el 21,7% restante la realiza el equipo con otros profesionales de otros servicios.

Tabla 27: Revisión de Pacientes en la Comunidad

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ETAC	18	78,3
ETAC y profesionales de otros servicios	5	21,7
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

La revisión de pacientes (Tabla 28) se caracteriza en los diferentes ETACs por ser una actividad llevada a cabo por los diferentes profesionales que conforman el ETAC: psiquiatras, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales o psicólogos. En varios ETAC esta revisión de pacientes sin embargo es realizada por profesionales de fuera del propio equipo.

Tabla 28: Proceso: Actividad Asistencial: Revisión de Pacientes

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Psiquiatra, enfermero y auxiliar clínico ETAC	6	26,08
Psiquiatra, enfermero y trabajador social ETAC	3	13,0
Psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social y auxiliar de enfermería ETAC	3	13,0
Psiquiatra, enfermero, trabajador social del ETAC y psicólogo de otro servicio	2	8,7
Psiquiatra, enfermero, trabajador social y auxiliar de enfermería ETAC	2	8,7
No contesta.	2	8,7
Enfermero ETAC	1	4,3
Psiquiatra, psicólogo, enfermero y trabajador social	1	4,3

ETAC y supervisor de enfermería y TO otro servicio.		
Trabajador Social y monitor ETAC	1	4,3
Psiquiatra y enfermero ETAC	1	4,3
Psiquiatra, psicólogo, enfermero y trabajador social ETAC	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

La revisión de pacientes en la comunidad se relaciona significativamente con los profesionales trabajadores social (Chi-cuadrado de Pearson = 10,069; Nivel de Sig.= ,037 , Nivel: 0,05)

En la Tabla 29 queda de manifiesto como en casi la totalidad de los ETACs españoles (95,7%) el programa individual de los pacientes es desarrollado por los profesionales del ETAC y en el resto (4,3%) también realiza esta actividad el ETAC solo que junto con otros profesionales de otros servicios.

Tabla 29: Profesional que realiza el Programa Individual

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ETAC	22	95,7
ETAC y otros profesionales de otros servicios.	1	4,3
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Quien lleva a cabo los programas individuales la Tabla 30 nos señala también diferencias entre los ETACs españoles, y así mientras lo más frecuente es que lo realicen psiquiatra y enfermero del propio equipo (26,08%) en otros es una actividad realizada también por otros profesionales.

Al igual que en las otras actividades asistenciales no hay acuerdo entre los diferentes ETACs de España sobre quien las debe realizar pues nos encontramos con variedad de profesionales que las realizan.

Tabla 30: Proceso: Actividad Asistencial: Programa Individual

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Psiquiatra, enfermero y auxiliar de enfermería ETAC	4	17,4
Psiquiatra y enfermero ETAC	6	26,08
Psiquiatra, Psicólogo, Enfermero y Trabajador Social ETAC	3	13,04
Psiquiatra, enfermero y trabajador social ETAC	2	8,7
No contesta	2	8,7
Trabajador Social ETAC	1	4,3
Psiquiatra y trabajador social ETAC	1	4,3
Psiquiatra, enfermero, trabajador social y auxiliar de psiquiatría. ETAC	1	4,3
Psiquiatra ETAC, enfermero ETAC y otro ETAC	1	4,3
Psiquiatra y enfermero ETAC con psicólogo y trabajador social de otro servicio.	1	4,3
Psiquiatra, psicólogo, enfermero y auxiliar de enfermería ETAC	1	4,3
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.2.3. Contactos Telefónicos:

Hace referencia a realizar contactos telefónicos con los pacientes pero en ambas direcciones, tanto desde el equipo a los usuarios como viceversa. Esta actividad es mantenida en todos los ETACs.

Tabla 31: Proceso: Actividad Asistencial: Contactos Telefónicos

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	23	100
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

En cuanto a cuál es el motivo para llevar a cabo ese contacto telefónico (Tabla 32) hay una gran variedad. Pero el que más abunda en la mayoría de los ETACs es el de anular la consulta programada, seguido muy de cerca por las urgencias que le surgen a los pacientes o bien a sus familiares. Y es que otra característica de estos contactos telefónicos es que no están solo a disposición del paciente atendido por el equipo sino que también está disponible para los familiares de estos, que como se ve en la siguiente tabla en el 82,60% de los equipos estudiados la familia contacta para solicitar apoyo.

Tabla 32: Proceso: Actividad Asistencial: Motivo del Contacto Telefónico

	Frecuencia	Porcentaje
Anular consulta	22	95,65
Urgencias	21	91,30
Solicitar apoyo	21	91,30
Solicitar consulta	20	86,95
Solicitar apoyo los familiares	19	82,60
Otros	5	21,73

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.3. COORDINACION EXTERNA:

Un punto importante para el tratamiento asertivo comunitario es que el equipo coordine no solo entre ellos sino también con servicios e instituciones de la comunidad que los pacientes necesitan para llevar una vida más normalizada. Es por esto que los ETACs de España también se caracterizan por contactar con estos servicios comunitarios.

6.3.3.1. Reuniones con la comunidad:

Realizar reuniones formalizadas con estructura y periodicidad fija con agente y/o entidades comunitarias.

Una de las actividades que hacen los ETACs para coordinar con la comunidad es realizar reuniones tanto de manera formal como informalmente.

Tabla 33: Proceso: Coordinación Externa: Reuniones con la Comunidad.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	23	100
No	0	0
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.4. PROCESO: ACCESIBILIDAD

Un punto a destacar como elemento de importancia en el óptimo funcionamiento en un servicio sanitario a la comunidad, es la manera en como esta puede acceder al mismo con mayor o menor número de dificultades.

6.3.4.1. Demora de Atención:

Hace referencia al tiempo que transcurre desde que un paciente es derivado al ETAC hasta que es atendido.

También encontramos (Tabla 34) grandes diferencias en esto en los ETACs españoles pues mientras el 56,5% de ellos tienen una demora de una semana hay otros (13%) que llegan incluso a tener un tiempo de demora de hasta un mes.

Tabla 34: Proceso: Accesibilidad: Demora en la atención.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de 1 semana	13	56,5
De una a dos semanas	4	17,4
De 2 a 4 semanas	3	13,0
Mas de 1 mes	3	13,0
<i>Total</i>	23	100

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.4.2. Respuesta a Urgencias:

Se considera aquí que actuación tienen los miembros del ETAC ante una urgencia de alguno de sus usuarios. Aquí encontramos un acuerdo general entre todos los equipos, quienes manifiestan que se centran en acudir donde se encuentra el paciente, pero algunos en ciertos casos reciben al paciente en el centro (60,86%) y otros también lo derivan al centro sanitario correspondiente (39,13%). Además hay algunos equipos (21,73%) que además de acudir donde está el paciente también contacta con equipo que debe hacerse cargo de la urgencia comenzando así a organizar el ingreso coordinando y aconsejando a otros profesionales respecto al caso concreto, además también se ocupan de dar contención emocional tanto al paciente como a sus familiares, también refuerzan y guían a que los familiares realicen visitas diario además de dar apoyo telefónico tanto al paciente como a sus familiares.

Tabla 35: Proceso: Accesibilidad: Actuación ante la urgencia

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Acude donde está el paciente	23	100,00
Recibe al paciente	14	60,86
Derivación al centro hospitalario	9	39,13
Otros	5	21,73

Fuente: Elaboración Propia, 2013

6.3.4.3. Disponibilidad del Equipo:

Y en cuanto a la accesibilidad diaria de los usuarios al ETAC, como se señala en la Tabla 36, el 91,30% de los equipos ofrecen una disponibilidad de 8 horas

los días laborales, estando cerrado los fines de semana, aunque algunos ofrecen algún horario complementario de unas 2 ´4 horas mas. Solo dos ETACs (8,69%) ofrecen 8 horas durante toda la semana pero no hay ningún equipo en España que ofrezca 24 horas al día durante toda la semana.

Tabla 36: Accesibilidad: Disponibilidad

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
8 horas de lunes a viernes	21	91,30
8 horas diarias durante toda la semana	2	8,69
24 horas al día de lunes a viernes	0	0
24 horas diarias durante toda la semana	0	0
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100</i>

Fuente: Elaboración Propia, 2013

7.- CONCLUSIONES

1.- Se acepta la hipótesis al ser constada, por lo que mantenemos que los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario españoles funcionan en base a una estructura y un proceso de organización interna, actividad asistencial, coordinación externa y accesibilidad.

2.- Al analizar el funcionamiento de los ETACs españoles nos encontramos con que más de la mitad de ellos cuentan en su estructura con uno o dos psiquiatras, no disponen de psicólogos, disponen de 1 a 4 enfermeros, tienen algún trabajador social pero ningún educador ni administrativo.

3.- En cuanto al proceso de funcionamiento en su organización interna todos los ETACs españoles estudiados realizan reuniones de coordinación interna y de revisión de pacientes, realizan actividades en la comunidad tanto de tipo psiquiátrico como de enfermería y social, acudiendo donde está el paciente en situaciones de urgencia.

4.- Los temas tratados por la mayoría de los ETACs en las reuniones de coordinación interna son la derivación de los pacientes y las actividades que hace el equipo en la comunidad, en el propio centro y en las instituciones o servicios de la comunidad.

5.- En las reuniones de revisión de pacientes la mayoría de los ETACs españoles estudiados se aborda la aceptación de cada

paciente, las situaciones en la que se van encontrando a lo largo de la asistencia y su tratamiento.

6.- Más de la mitad de los ETAC estudiados realizan asistencia psicológica y realizan revisión de pacientes.

7.- EN más de la mitad de los ETACs estudiados la actividad asistencial clínica es realizada exclusivamente por los profesionales del mismo ETAC.

8.- Hay variedad respecto a quienes son los profesionales que realizan en el ETAC la asistencia clínica, siendo lo mas frecuente que sea el psiquiatra.

9.- En casi la totalidad de los ETACs estudiados la asistencia de enfermería es llevada a cabo exclusivamente por los profesionales del mismo equipo, siendo lo más frecuente que sea el enfermero el que realice esta asistencia.

10- Lo más frecuente en estos ETACs es que la asistencia social sea realizada por el propio ETAC y por profesionales de otros servicios.

11- Hay variedad en cuanto a quienes son los profesionales que realizan la asistencia social, siendo no obstante el más frecuente el propio trabajador social.

12- Lo más frecuente es que los ETACs españoles realicen revisiones de los pacientes en la comunidad.

13.- Hay gran variedad en quienes son los profesionales que realizan la revisión de pacientes.

14- El programa individual es desarrollado casi en la totalidad de los ETACs por los propios profesionales del equipo, habiendo gran variedad de unos ETACs a otros sobre cuáles son los profesionales que lo desarrollan.

15- Todos los ETACs de España estudiados, en su actividad asistencial ofrecen a sus usuarios contactar con ellos por vía telefónica.

16- Los principales motivos del contacto telefónico en la mayoría de los ETACs son: anular y solicitar consultas, urgencias, solicitar apoyo y también es utilizado por los familiares de los usuarios para solicitar apoyo.

17- Todos los ETACs estudiados coordinan con instituciones/servicios de la comunidad haciendo reuniones de coordinación de acciones con ellos.

18- Lo más frecuente en los ETACs es ofrecer a los pacientes derivados asistencia en menos de una semana.

19- Todos los ETACs ante una urgencia actúan acudiendo a donde está el paciente.

20- Hay una gran variedad en los ETACs de España sobre qué profesionales deben realizar cada actividad asistencial. Esto nos lleva a considerar la falta de definición de roles de cada profesional.

21- ETAC en España ofrece una disponibilidad de 24 horas al día durante todos los días de la semana. Lo que más abunda aquí es ofrecer una disponibilidad de 8 horas al día durante los 5 días laborales de la semana.

22- Es importante recordar que los equipos multiprofesionales se caracterizan por disponer de diferentes profesionales que enriquecen el tratamiento del paciente y no son aquellos que los profesionales hacen lo propio y lo ajeno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Allmess, D. y Knoedler, W. Estándares del programa nacional para equipos TAC. (2003) (sin referencia).
2. - Marshall, M. & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst. Rev. 1998; (2); CD001089
- 3.- Martínez Jambrina, J.J. y Peñuelas, E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo de Avilés. Archivos de Psiquiatría 2007; 70 (2):77-82.
- 4.- Vallespí, A. (2007) Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 7, N.º 2, pp. 105 - 113 , 2007

**7.- UNA EXPERIENCIA DE 18 AÑOS.
RESULTADOS DE
FUNCIONAMIENTO.**

INTRODUCCIÓN

La reforma psiquiátrica, iniciada en España en los años ochenta con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad de 1986 , es ante todo un proceso de desinstitucionalización. Este término hace referencia al cierre o transformación radical de los hospitales psiquiátricos tradicionales y la implantación alternativa de servicios comunitarios, de tipo residencial, ambulatorio, y diversas estructuras intermedias. Durante los últimos casi treinta años, los esfuerzos para culminar este proceso, han llevado en nuestro país a un gran movimiento de personas con enfermedad mental grave, desde los hospitales psiquiátricos estatales a servicios centrados en la comunidad. Se dio paso así a una concepción de la Salud Mental más integradora, y a nuevos dispositivos y formas de abordaje de los problemas consustanciales a la enfermedad mental de aquellos pacientes más graves, desde una óptica comunitaria y de rehabilitación psicosocial. (1)

Un ejemplo de la concepción integradora de la Salud Mental, desde una perspectiva biopsicosocial y de rehabilitación es la implantación de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (2), basados en la asistencia del paciente en su entorno familiar y social, y en la creación de un plan conjunto entre el usuario y los miembros del equipo que permita a aquel desarrollar sus habilidades sociales, autonomía, potencial humano y de relación, encontrar un trabajo, incrementar la adherencia terapéutica y disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental, entre otros objetivos.

CONCEPTO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

El tratamiento asertivo comunitario es un modelo de reparto de prestaciones para dotar de tratamiento integral con origen y fin en la comunidad a las personas con enfermedad mental grave y persistente. Se desarrolló gracias a los primeros trabajos que los Dres. Arnold Marx, Leonard Stein y Mary Ann Test llevaron a cabo en una unidad hospitalaria de ingreso e investigación del *Mendota State Hospital* a finales de los años 60 del pasado siglo en Madison, Wisconsin (E.E.U.U.). (3).

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN NUESTRO MEDIO

Este tratamiento se llevó a cabo por primera vez en España en el área sanitaria III (Avilés) de Asturias, en 1999, creándose lo que se ha dado en llamar “modelo Avilés” (4). Deudor del modelo TAC (tratamiento asertivo comunitario) americano, supone una adaptación del mismo a nuestro contexto sociocultural, pues no podemos obviar que nuestro sistema de salud mental público es muy distinto del estadounidense. La única vía para que un paciente ingrese en el ETAC es la derivación desde el Centro de Salud Mental. Se establece una sinergia entre el equipo y el resto de dispositivos de la red, de tal forma que un paciente puede ser derivado al Hospital de Día, la Unidad de Rehabilitación Psicosocial o a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y seguido en dichos dispositivos por el propio equipo.

ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Desde la puesta en marcha del tratamiento asertivo en E.E.U.U, se han llevado a cabo implantaciones del mismo en muchos de los llamados países desarrollados, generándose por tanto algunos estudios. El estudio REACT (5), llevado a cabo en Londres, incluye pacientes en tratamiento asertivo comunitario, en su mayoría hombres solteros con el diagnóstico de esquizofrenia, y no encuentra diferencias significativas en el uso de camas hospitalarias ni en variables clínicas o sociales respecto a pacientes incluidos en un centro de salud mental ordinario. No obstante, sí halló una mayor satisfacción con los servicios recibidos entre aquellos pacientes. Estos resultados podrían explicarse porque en Reino Unido los centros de salud mental ya incorporan muchas de las características del tratamiento asertivo (visitas domiciliarias, distribución de casos con menor ratio pacientes/psiquiatra). Es por este mismo motivo que el estudio TACTILD (6) y el estudio ACT-ID (7), desarrollados también en el Reino Unido y llevados a cabo en personas con retraso mental en comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, no encuentran diferencias entre el enfoque asertivo y el estándar al considerar como criterio de “asertivo” el recibir más de una visita domiciliaria a la semana y como estándar el recibir sólo una. En realidad la modalidad de tratamiento es la misma, como así reconocen en las limitaciones expuestas en cada estudio (8).

Un estudio llevado a cabo en Japón con sujetos predominantemente diagnosticados de esquizofrenia (42,4% varones, 12,1% casados) no encuentra diferencias significativas en cuanto a sintomatología, aunque sí descenso significativo del número de días de ingreso hospitalario en el grupo incluido en tratamiento asertivo (9). La utilización de la hospitalización como medida de resultados, bien sea en cuanto a número de ingresos, duración de los mismos o tiempo hasta el reingreso, ha dado lugar a no pocos debates. Algunos grupos de familiares y organizaciones de pacientes, entienden que al priorizar este aspecto se premia la reducción de costes u otros intereses administrativos más allá de mejorar la calidad de vida y control sintomático de los pacientes. Mantener la motivación del personal en su quehacer diario requiere asimismo la utilización de variables de resultados que sean constatables en la relación terapéutica, lo que no siempre es posible al medir los ingresos. Resulta más alentador centrarse en aspectos como reducir el desasosiego del paciente, mejorar su comprensión acerca de las características de su enfermedad y los objetivos del tratamiento psicofarmacológico, y lograr el incremento de la adherencia terapéutica a los mismos (10). Otro estudio comparativo encontró que el número de sujetos que alcanzaban la remisión en cuanto a sintomatología, utilizando como criterio el puntuar menor o igual a 3 en determinados ítems de la BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) ascendía desde el 19% al 31% con el tratamiento asertivo comunitario (11). Análisis comparativos muestran que los estudios norteamericanos demuestran reducciones mayores en cuanto a días de hospitalización que los europeos (12), lo que podría explicarse por el mayor énfasis en la fidelidad al modelo.

La mayor parte de autores reseñan como una característica crucial y positiva del tratamiento asertivo que probablemente el mejor grado de enganche, incluso con pacientes sin hogar, y la satisfacción de los usuarios tenga repercusiones positivas a otros niveles (13, 14). En un amplio estudio llevado a cabo por Sytema y Wunderinck en Holanda (15), observaron que la mayor ventaja de este tipo de tratamiento era el mantener el contacto terapéutico con los pacientes, incluso en aquellos que rechazaban de todo punto un seguimiento a largo plazo. Un aspecto crucial que contribuye a la adherencia e incluso disminuye de una manera estadísticamente significativa el número de ingresos en pacientes que acaban de incorporarse al tratamiento asertivo es la relación terapéutica con el

personal del equipo, según un reciente estudio desarrollado en Londres (16).

En cuanto al *insight* o conciencia de enfermedad, se observó que la buena conciencia de enfermedad se asociaba con el desarrollo de mayores habilidades sociales, y menor gravedad de los síntomas psiquiátricos, en un estudio llevado a cabo en E.E.U.U. (17). También se ha propuesto que puede lograrse una mejoría en la evolución de los pacientes tras un primer episodio psicótico en cuanto a sintomatología positiva y negativa, que puede deberse a la consecución de una mayor adherencia al tratamiento en estos dispositivos (18).

En lo que respecta a la medicina basada en pruebas, una revisión Cochrane (19) encontró que las personas que recibieron tratamiento asertivo tenían más probabilidades de permanecer en contacto con los servicios que las personas que recibieron atención estándar en la comunidad, y que también tenían menos probabilidades de ser ingresadas en el hospital. Los pacientes incluidos en tratamiento asertivo tenían mayores probabilidades de vivir de forma independiente y tener un trabajo y estaban en general más satisfechos. No se encontraron diferencias en cuanto a estado mental o funcionamiento social. Concluyen que el tratamiento asertivo comunitario es un enfoque clínicamente eficaz para manejar la atención de personas mentalmente muy enfermas en la comunidad, y que si se dirige correctamente a pacientes que necesitan hospitalizaciones frecuentes puede reducir sustancialmente los costes de atención hospitalaria, mejorando al mismo tiempo el resultado y la satisfacción del paciente. Afirman incluso que los políticos, los médicos y los consumidores deben apoyar el establecimiento de equipos de tratamiento asertivo. En otro estudio, Cuddeback llega a proponer que las comunidades deberían desarrollar suficientes equipos para atender a aproximadamente el 50% de los pacientes con enfermedades mentales graves, o al 0,06% de la población adulta (20).

APLICACIÓN DEL TAC EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN AVILÉS (ASTURIAS)

HIPÓTESIS

El perfil demográfico y clínico de los pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico incluidos en un programa de tratamiento asertivo comunitario se caracteriza por:

- 1) Varón, soltero, con estudios primarios, sin trabajo.
- 2) Psicopatología con predominio de síntomas negativos.
- 3) Buena conciencia de enfermedad.
- 4) Elevado nivel de discapacidad.

OBJETIVOS

Identificar el perfil demográfico, psicopatológico y de discapacidad de los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico incluidos en el programa de tratamiento asertivo comunitario de Avilés, Asturias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal del perfil demográfico, clínico y de discapacidad de una cohorte de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10 que estén incluidos en un programa de tratamiento asertivo comunitario, centrado en tres apartados:

- Psicopatología.
- Conciencia de enfermedad.
- Nivel de funcionamiento.

Sujetos del estudio

La población diana del estudio fueron pacientes con esquizofrenia según criterios CIE-10 que reciben asistencia por parte del equipo de tratamiento asertivo del área sanitaria III (Avilés) del Principado de Asturias en las dependencias del equipo.

Obtención de la muestra

Se ofreció participar en el estudio a los pacientes que realizan tratamiento y seguimiento en el equipo de tratamiento asertivo comunitario de Avilés (Asturias) que acudieron a consulta en las

dependencias del equipo de tratamiento asertivo, situadas en la Plaza Santiago López de Avilés, entre los meses de febrero a abril de 2007, que cumplieran los criterios de inclusión. La muestra la constituyen 28 pacientes.

Criterios de inclusión

1. Diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10 (criterios diagnósticos de investigación).
2. Formar parte del grupo de pacientes del E.T.A.C. del área sanitaria III (Avilés) del Principado de Asturias.
3. Asistir a consulta en las dependencias del equipo en la Plaza Santiago López de Avilés.
4. Consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión

No hay otros criterios de exclusión del estudio excepto el de no consentimiento del paciente

Evaluaciones del estudio

1. Protocolo "ad hoc" de características demográficas y clínicas.
2. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) de Kay, Fiszbein y Opler, 1987 (21).
3. Escala de impresión clínica global de la esquizofrenia (CGI-SCH) de Haro y cols, 2003 (21).
4. Escala de evaluación del insight (SUMD) de Amador y cols, 1993 (21).
5. Escala de discapacidad de la OMS (WHO-DAS), 1988 (21).

Procesamiento estadístico

En el análisis descriptivo se empleó la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para variables cuantitativas.

En el análisis univariante se empleó la t de Student, ANOVA , X^2 y correlación lineal de Pearson en función de que las variables estudiadas fueran cuantitativa x cualitativa dicotómica, cuantitativa x cualitativa politómica, cualitativa x cualitativa o cuantitativa x

cuantitativa respectivamente. Para todos los casos se consideró un nivel de significación estadística de $p \leq 0,05$.

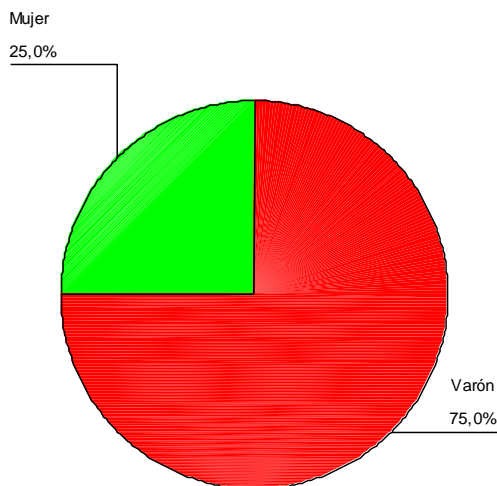
Para el análisis estadístico se empleó el paquete SPSS versión 11.5 para Windows.

RESULTADOS

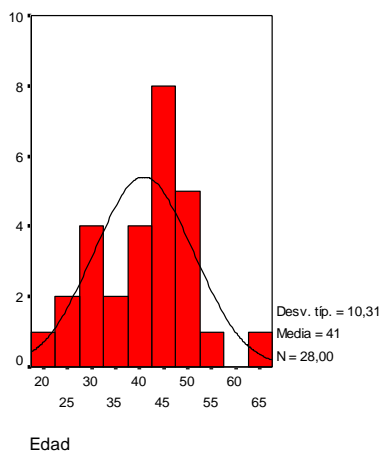
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

1) VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

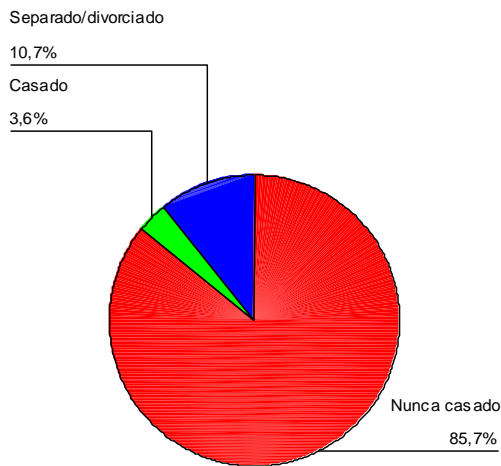
En cuanto al SEXO el 75% son hombres (21 pacientes) y el 25% mujeres (7 pacientes).



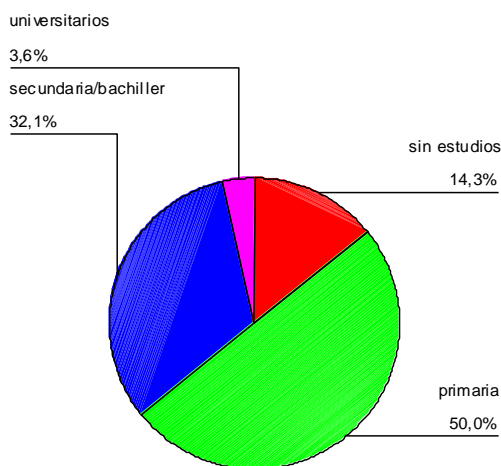
Respecto a la EDAD, la media es de 40,86 años (D.T. 10,309; mínimo 20, máximo 67).



En cuanto al ESTADO CIVIL el 85,7% son solteros (24 pacientes), el 10,7% separados o divorciados (3 pacientes) y el 3,6% casados (1 paciente).

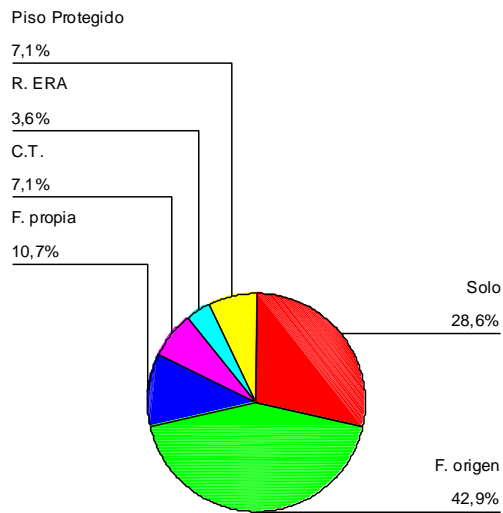


En lo que respecta a los ESTUDIOS, el 50% de la muestra ha cursado estudios primarios (14 pacientes), el 32,1% secundaria/bachillerato (9 pacientes), el 14,3% no tiene estudios (4 pacientes), mientras que tiene estudios universitarios el 3,6% de la muestra (1 paciente).

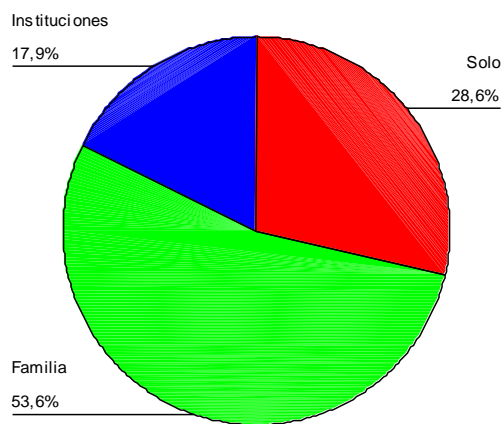


En cuanto a las personas con las que CONVIVEN, el 42,9% (12 pacientes) lo hace con su familia de origen, el 28,6% solos (8 pacientes), el 10,7% con familia propia (3 pacientes), mientras que otro 7,1% (2 pacientes) lo hacen en comunidad terapéutica y piso

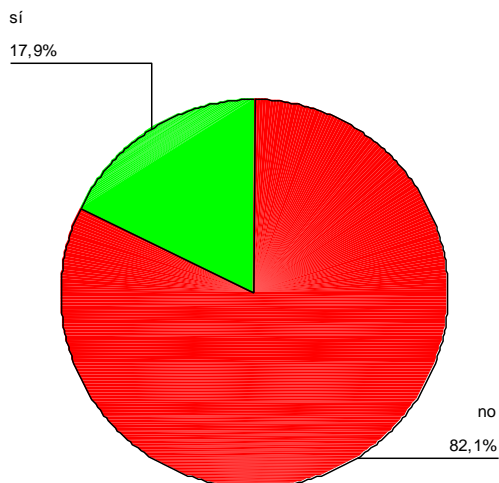
protegido respectivamente, y por último el 3,6% (1 paciente) lo hace en una residencia del ERA.



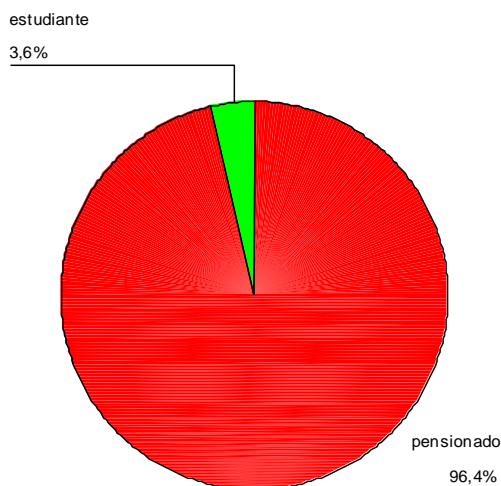
Dichas cifras suponen que el 53,6% (15 pacientes) viven con su familia, el 28,6% (8 pacientes) viven solos y el 17,9 % (5 pacientes) en dispositivos dependientes de las instituciones.



El 82,1% de la muestra (23 pacientes) no tienen HIJOS, frente al 17,9% que sí los tienen.



La mayoría de los pacientes (96,4%) están pensionados. Tan sólo 1 es estudiante (3,6%).



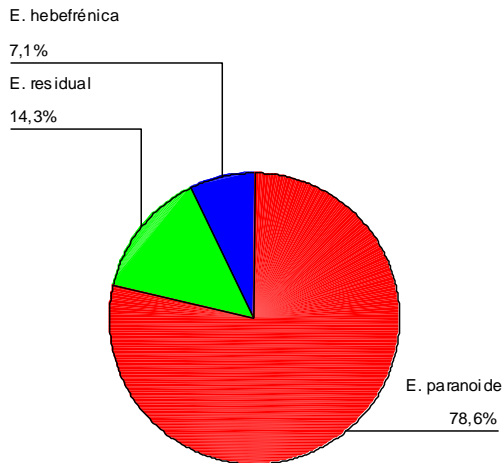
En lo que se refiere al consumo de TABACO, el 71,4% de la muestra (20 pacientes) se declara fumador. La media de cigarrillos consumidos al día es de 29,85 (D.T. 13,523; mínimo 8, máximo 60).

Sólo un paciente admite consumir alcohol de forma habitual. Todos los pacientes entrevistados niegan el consumo de cannabis, cocaína, heroína u otros tóxicos en la actualidad.

2) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

En cuanto al DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, en lo que respecta a subtipos de esquizofrenia, el 78,6% de la muestra (22 pacientes)

están diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide (F20.0, CIE-10) seguidos del 14,3% (4 pacientes) diagnosticados de Esquizofrenia Residual (F20.5, CIE-10) y el 7,1% diagnosticados de Esquizofrenia Hebefrénica (F20.1, CIE-10).

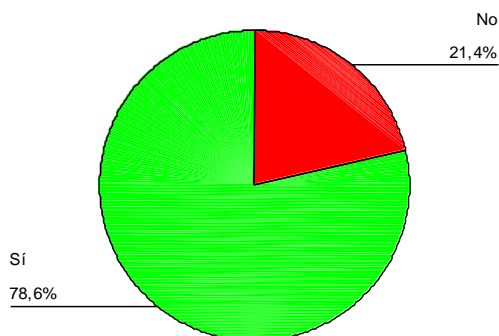


Sólo 3 pacientes tienen especificado un diagnóstico secundario. Dos de ellos (7,1%) Retraso Mental (F79, CIE-10), mientras que otro (3,6%) el de trastorno explosivo de la personalidad (F60.30, CIE-10).

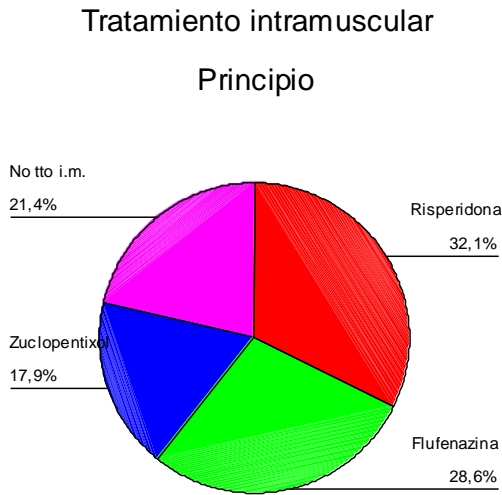
En lo que respecta a al TRATAMIENTO, diferenciamos primero aquellos que reciben un antipsicótico depot o de liberación prolongada, que son el 78,6% de la muestra (22 pacientes).

TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR

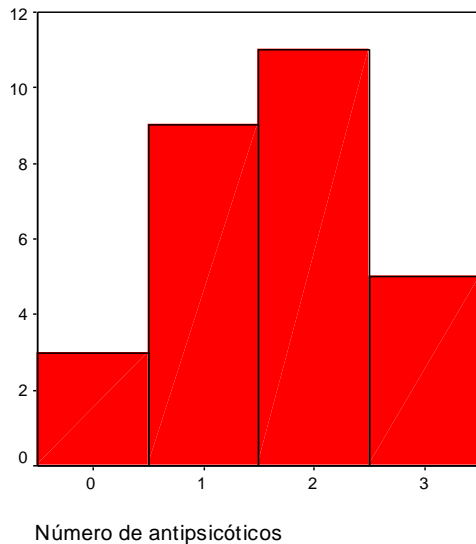
Antipsicótico depot/larga duración



Desglosados por principio activo, de ese porcentaje el 32,1% (9 pacientes) reciben Risperidona de larga duración, el 28,6% (8 pacientes) Flufenazina decanoato y el 28,6% Zuclopentixol depot.



En cuanto al tratamiento antipsicótico por vía oral, el 39,3% (11 pacientes) reciben 2 antipsicóticos, mientras que el 32,1% recibe sólo 1. El 17,9% (5 pacientes) está a tratamiento con 3 antipsicóticos distintos, y el 10,7% no tiene pautado ningún antipsicótico por vía oral. La media de antipsicóticos que tienen pautados por vía oral es de 1,64 (D.T. 0,91).



El 64% de los pacientes (16 personas) tiene pautado al menos un antipsicótico de primera generación v.o. mientras que el 76% (19

personas) tiene pautado al menos uno de segunda-tercera generación.

Desglosándolo por principio activo:

- amisulpiride-----5 personas-----20% de la muestra
- aripiprazol-----1 persona-----4% de la muestra
- clozapina-----5 personas-----20% de la muestra
- olanzapina-----10 personas-----40% de la muestra
- quetiapina-----4 personas-----16% de la muestra
- risperidona-----1 persona-----4% de la muestra

- clotiapina-----2 personas-----16% de la muestra
- haloperidol-----8 personas-----32% de la muestra
- levomepromacina-----9 personas-----36% de la muestra
- perfenacina-----1 persona-----4% de la muestra

En lo que se refiere a tratamiento con benzodiacepinas, el 67,9% de la muestra (9 pacientes) reciben una, mientras que el 25% tiene pautadas 2, y sólo el 7,1% de la muestra (2 pacientes) no tienen pautada ninguna. La media es de 1,18 (D.T. 0,548).

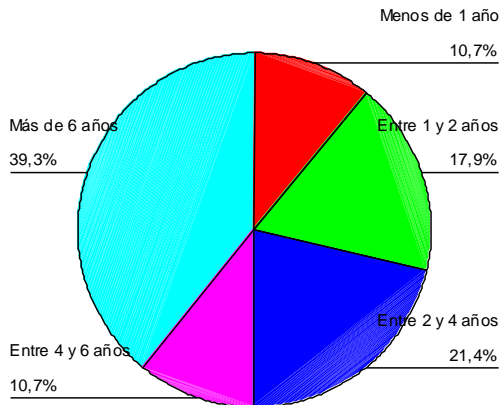
En lo que respecta a otros tratamientos, sólo el 10,7% de la muestra toma eutimizantes (3 pacientes toman valproato, lamotrigina y oxcarbamecina respectivamente). Toman antidepresivos el 17,6% (5 pacientes) de la muestra (mirtazapina, sertralina, citalopram y fluoxetina).

Tiene pautado tratamiento con biperideno v.o. el 39,3% de la muestra (11 pacientes).

3) DISPOSITIVOS UTILIZADOS

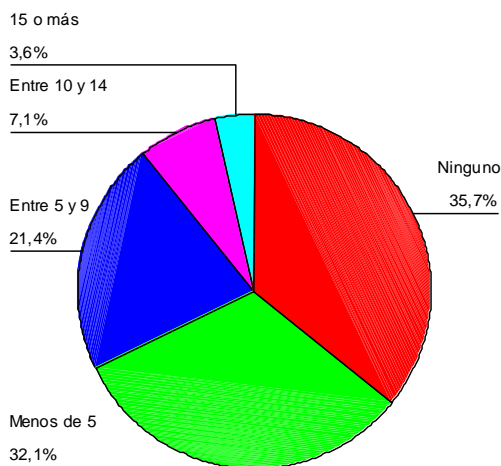
La media de tiempo en el E.T.A.C. desde la fecha de ingreso de cada paciente, hasta el mes de Abril de 2007 es de 50,96 meses (D.T. 30,562; mínimo 1, máximo 93). Llevan en el mismo más de 6 años el 39,3% de la muestra (11 pacientes), entre 2 y 4 años el 21,4% (6 pacientes), entre 1 y 2 años el 17,9%, y entre 4 y 6 años, y menos de un año, el 10,7% (3 pacientes) respectivamente.

Tiempo en el E.T.A.C.



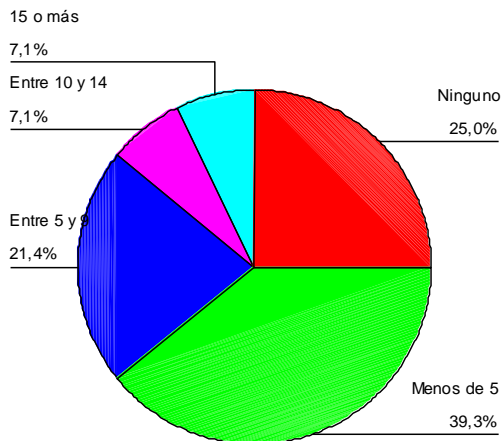
En cuanto al número de ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital San Agustín durante los últimos 5 años, la media es de 3,25 (D.T. 4,411; mínimo 0, máximo 17).

Ingresos en U.H.P. últimos 5 años



En lo que respecta a los últimos 10 años, la media es de 4,64 ingresos (D.T. 6,326; mínimo 0, máximo 28).

Ingresos en U.H.P. últimos 10 años



4) PSICOPATOLOGÍA Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

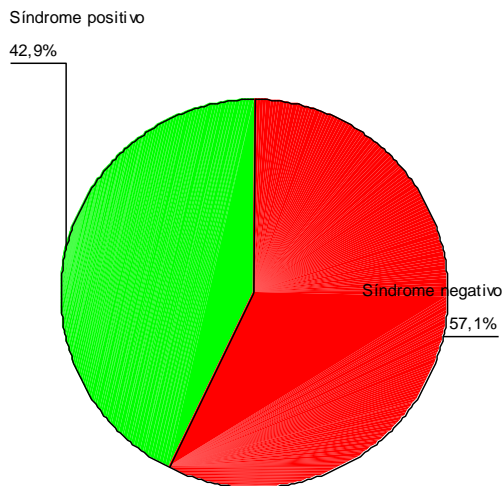
Para evaluar la gravedad de la sintomatología positiva y negativa que presentaban los pacientes en el momento del estudio se utilizó la escala PANSS.

En cuanto a la subescala POSITIVA (7 ítems) la puntuación media fue de 22 (D.T. 6,760; mínimo 11, máximo 36).

En lo que respecta a la subescala NEGATIVA (7 ítems) la puntuación media fue de 22,54 (D.T. 7,613; mínimo 8, máximo 36). En cuanto a la escala COMPUESTA, la puntuación media fue de 0,54 (D.T. 7,300; mínimo -17, máximo 14).

Respecto a la subescala de PSICOPATOLOGÍA GENERAL (16 ítems), la media es de 45,32 puntos (D.T. 9,989; mínimo 25, máximo 62).

En cuando al síndrome esquizofrénico, utilizando el criterio inclusivo, es negativo en un 57,1% de los casos (16 pacientes).

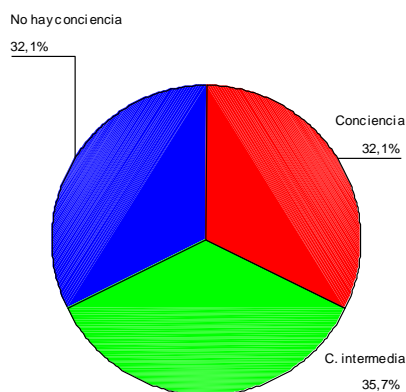


En lo relativo a la CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, según la escala S.U.M.D. (Scale Unawareness of Mental Disorders), la puntuación total media (3 ítems, máximo 15 puntos) es de 9,57 (D.T. 1,58; mínimo 2, máximo 15).

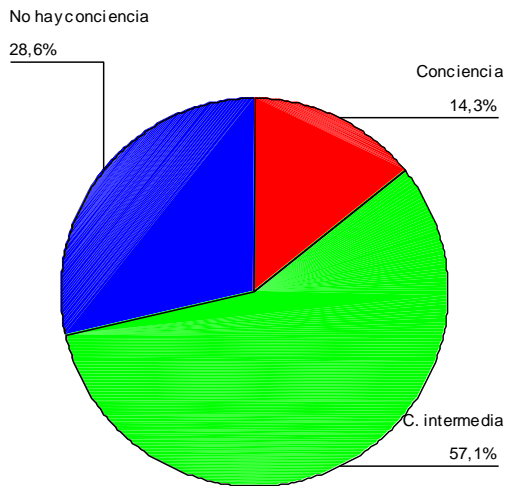
En la subescala de conciencia de los síntomas de la enfermedad (6 ítems, puntuación máxima 5 puntos), la media es de 2,64 (D.T. 1,58; mínimo 0, máximo 5).

En la subescala de atribución de los síntomas a la enfermedad (6 ítems, puntuación máxima 5 puntos), la media es de 3,164 (D.T. 1,54; mínimo 0, máximo 5).

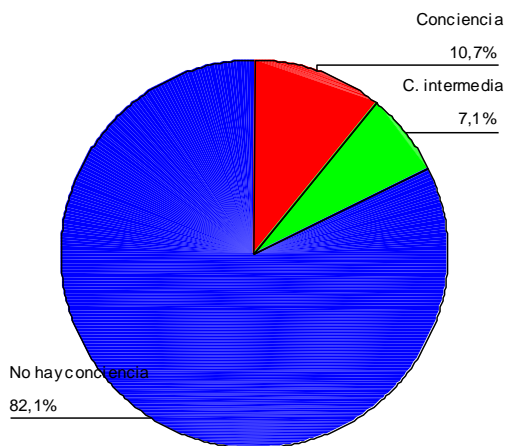
En lo que respecta al ítem “conciencia de poseer un trastorno” (escala Likert de 0-5), y una vez agrupados los resultados en tres categorías (0-1: conciencia; 2-3: conciencia intermedia; 4-5: no hay conciencia), se obtienen los resultados que se señalan:



En lo que se refiere al ítem “conciencia sobre los efectos de la medicación”, se obtuvieron los siguientes resultados:



En lo que respecta al ítem “conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental”, los resultados fueron:

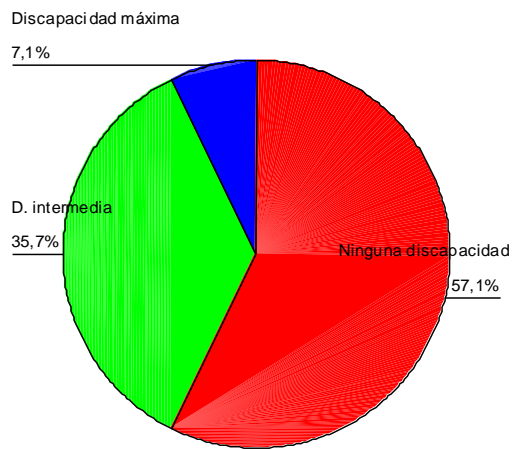


5) DISCAPACIDAD

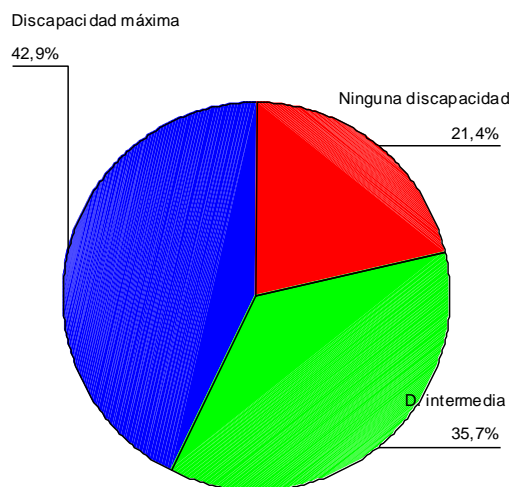
Se considera para la valoración el último mes. Todos los pacientes incluídos en el estudio tienen una duración total de la discapacidad mayor de un año.

En el ítem “cuidado personal” (escala Likert 0-5) y una vez agrupados los resultados (se tomaron los valores 0 y 1 de la escala

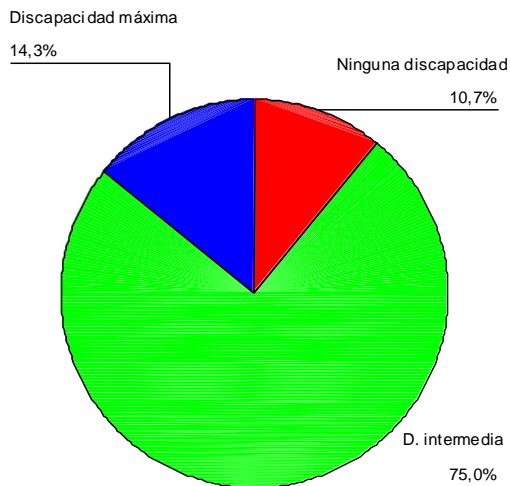
como ninguna discapacidad, 2 y 3 como discapacidad intermedia, y 4 y 5 como discapacidad máxima), se obtuvieron los siguientes:



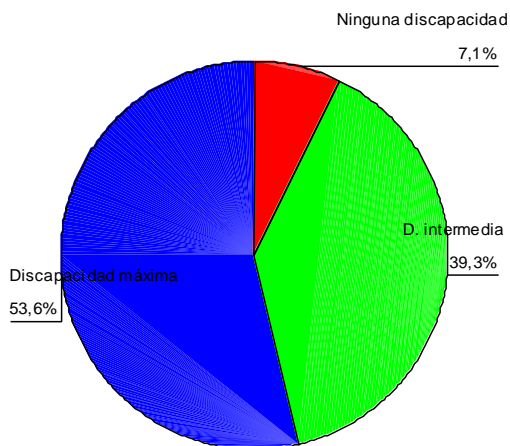
En lo que respecta a “funcionamiento ocupacional” (escala Likert 0-5) y una vez agrupados los resultados:



En lo que se refiere a “funcionamiento familiar” (escala Likert 0-5) y una vez agrupados los resultados:

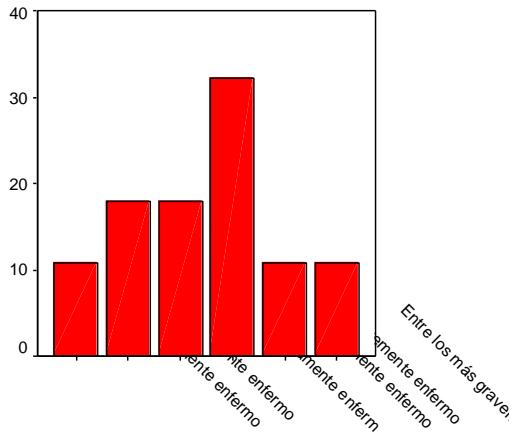


En el ítem “funcionamiento en el contexto social amplio” (escala Likert 0-5), y una vez agrupados los resultados:



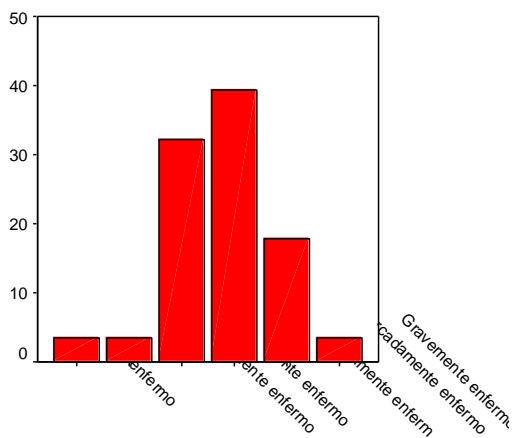
6) IMPRESIÓN CLÍNICA

En cuanto a los *síntomas positivos*, el 32,1% (9 pacientes) de los pacientes están “marcadamente enfermos”, frente al 17,9% (5 pacientes) “moderadamente enfermos” y “levemente enfermos respectivamente”. Un 10,7% (3 pacientes) se agrupan en las categorías “mínimamente enfermo”, “gravemente enfermo” y “entre los más gravemente enfermos” respectivamente.



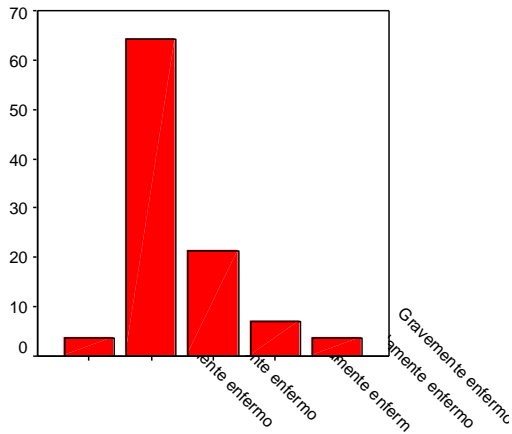
Síntomas positivos

En lo que concierne a *síntomas negativos*, el 39,3% (11 pacientes) se encuentran “moderadamente enfermos”, frente al 32,1% (9 pacientes) que puntúan como “levemente enfermos”, frente al 17,9% (5 pacientes) “marcadamente enfermos”, seguidos del 3,6% en las categorías “no enfermo”, “mínimamente enfermo” y “gravemente enfermo” respectivamente.



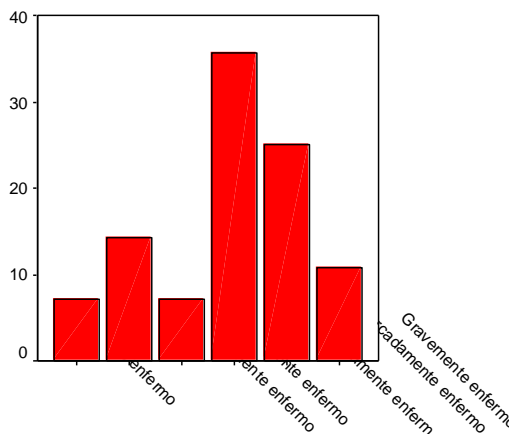
Síntomas negativos

En cuanto a los *síntomas depresivos*, el 64,3% (18 pacientes) puntúan como “levemente enfermos”, frente al 21,4% (6 pacientes) “moderadamente enfermos”, seguidos del 7,1% (2 pacientes) “marcadamente enfermos”, y por último el 3,6% en las categorías “mínimamente enfermo” y “gravemente enfermo” respectivamente.



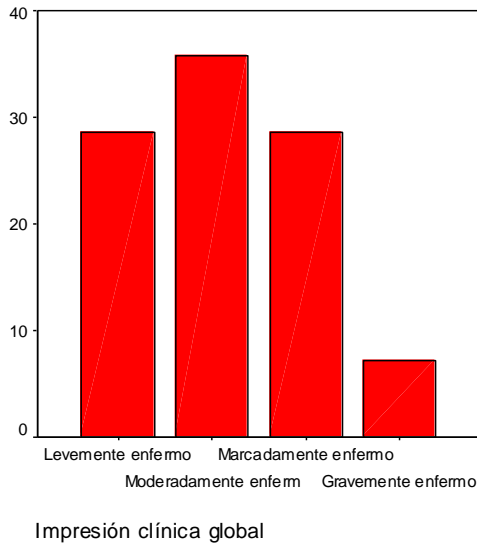
Síntomas depresivos

En lo que se refiere a los *síntomas cognitivos*, el 35,7% (10 pacientes) se encuentran “moderadamente enfermos”, seguidos del 25% “marcadamente enfermos” (7 pacientes), 14,3% “mínimamente enfermos”, frente al 10,7% “gravemente enfermos” (3 pacientes). Por último el 7,1% de los pacientes de la muestra puntúan como “no enfermos” o “levemente enfermos” respectivamente.



Síntomas cognitivos

En lo que respecta a la *impresión clínica global* el 35,7% (10 pacientes) puntúan como “moderadamente enfermos” frente al 28,6% (8 pacientes) que se encuentran “levemente enfermos” y “marcadamente enfermos” respectivamente. Sólo el 7,1% (2 pacientes) puntúan como “gravemente enfermos” en este ítem.



Se valoró también el GRADO DE CAMBIO en la escala de impresión clínica (escala Likert 1-7) desde el inicio del paciente en el E.T.A.C. hasta Abril de 2007. Se muestran los resultados obtenidos por la mayor parte de los pacientes:

- En cuanto a síntomas positivos, el 57,1% (16 pacientes) se encuentra “levemente mejor”.
- En cuanto a síntomas negativos, el 35,7% (10 pacientes) se encuentra “mucho mejor”.
- En lo que respecta a síntomas depresivos el 35,7% de la muestra se encuentran respectivamente “mucho mejor” y “levemente mejor”.
- En lo que concierne a síntomas cognitivos el 57,1% se encuentran “sin cambios”.
- En cuanto a impresión clínica global el 46,4% (13 pacientes) se encuentra “levemente mejor”.

Asimismo, se agruparon los datos en las categorías “mejor” (incluye “levemente mejor”, “marcadamente mejor” y “mucho mejor”), “sin cambios” y “peor” (incluye “levemente peor”, “marcadamente peor” y “mucho peor”):

- En cuanto a síntomas positivos, el 78,6% (22 pacientes) se encuentra “mejor”, frente al 21,4% “sin cambios”.
- En cuanto a síntomas negativos, el 67,9% (19 pacientes) se encuentra mejor, frente al 32,1% “sin cambios”.

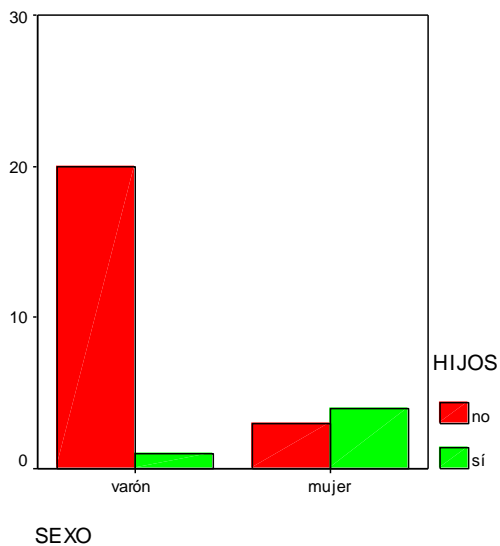
- En lo que concierne a síntomas depresivos el 71,4% (20 pacientes) se encuentra “mejor”, frente al 25% “sin cambios” y al 3,6% (1 paciente) que se encuentra “peor”.
- En lo que respecta a síntomas cognitivos, el 57,1% (16 pacientes) no ha experimentado cambios, frente al 42,9% de los pacientes que se encuentran “mejor”.
- En cuanto a gravedad global, el 82,1% (23 pacientes) se encuentran “mejor”, mientras que el 17,9% “sin cambios”.

ANÁLISIS UNIVARIANTE

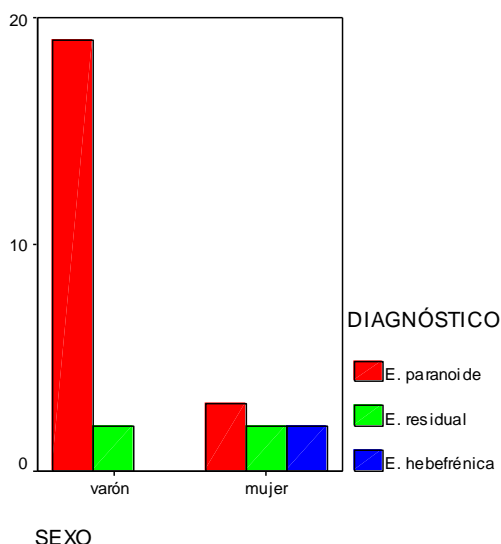
1) EN FUNCIÓN DEL SEXO

Con el objeto de facilitar la lectura del presente trabajo sólo se reseñarán explícitamente las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

No tienen hijos el 95,2% (20 personas) de los hombres frente al 42,9% de las mujeres (3 personas). $X^2 (1) 9,820 (p=0,002)$.



En lo que respecta al diagnóstico, presentan esquizofrenia paranoide el 90,5% de los hombres frente al 42,9% de las mujeres. Presentan esquizofrenia hebefrénica el 28,6% de las mujeres, frente al 0% de los varones. $X^2 (2) 8,848 (p=0,012)$.



No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en cuanto a edad, estado civil, estudios, convivencia, fuente de ingresos, número de cigarrillos consumidos al día, tratamiento inyectable, eutimizantes, antidepresivos, puntuación en la P.A.N.S.S. en las diferentes subescalas, impresión clínica en sintomatología positiva, negativa, depresiva, cognitiva y global, tanto en el momento actual, como grado de cambio desde su inicio en el E.T.A.C., ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría en los últimos 5 y 10 años, tiempo en el E.T.A.C., discapacidad según la escala de la O.M.S., número total de antipsicóticos orales, síndrome positivo o negativo de la esquizofrenia, número total de benzodiazepinas, conciencia de enfermedad, de los efectos de la medicación o de los efectos sociales del trastorno.

2) EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los siguientes parámetros en función de la edad:

- Cambio desde el inicio en el E.T.A.C. en la impresión clínica en cuanto a sintomatología positiva ($p=0,028$).
- Cambio desde el inicio en el E.T.A.C. en la impresión clínica en cuanto a sintomatología negativa ($p=0,036$).
- Cambio desde el inicio en el E.T.A.C. en la impresión clínica en cuanto a sintomatología cognitiva ($p=0,046$).

- Cambio en cuanto a impresión clínica global desde el inicio en el E.T.A.C. ($p=0,001$).
- Conciencia acerca de las consecuencias sociales del trastorno mental ($p=0,013$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad en cuanto a sexo, estado civil, estudios, convivencia, hijos, fuente de ingresos, número de cigarrillos consumidos por día, diagnóstico principal, tratamiento inyectable, antidepresivos, cambio desde el inicio en la impresión clínica en cuanto a síntomas depresivos, ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría en los últimos 5 o 10 años, tiempo en el E.T.A.C., puntuación en la P.A.N.S.S., impresión clínica actual en sus diferentes ítems (sintomatología positiva, negativa, depresivos, cognitiva y global), número de antipsicóticos por vía oral, síndrome positivo o negativo de la esquizofrenia, discapacidad según la escala de la O.M.S., número total de benzodiacepinas por vía oral, conciencia de poseer un trastorno y de los efectos de la medicación.

3) OTRAS

- Los pacientes solteros de nuestro estudio tienen menos hijos que los casados ($X^2 (2)=15,501$; $p=0,000$).
- A mayor tiempo en el E.T.A.C. se observa una mayor mejoría en cuanto a sintomatología positiva ($X^2 (12)=22,323$; $p=0,034$), negativa ($X^2 (8)=16,608$; $p=0,034$), cognitiva ($X^2 (8)=19,558$; $p=0,012$).
- Más tiempo en el E.T.A.C. se asocia a mayor conciencia en cuanto a los efectos de la medicación ($X^2 (8)=25,704$; $p=0,001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a:

- tiempo en el E.T.A.C. y grado de cambio en la impresión clínica en lo que se refiere a sintomatología depresiva e impresión global.
- tiempo en el E.T.A.C. y número de ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría en los últimos 5 y 10 años.
- tiempo en el E.T.A.C. y conciencia de poseer un trastorno y de las consecuencias a nivel social del mismo.

- impresión clínica actual en cuanto a sintomatología positiva, negativa, depresiva, cognitiva e impresión global y grado de cambio en cada una de las áreas referidas desde el comienzo del paciente en el E.T.A.C.
- personas con las que conviven y nivel de discapacidad según la escala de la O.M.S.
- si reciben o no tratamiento antipsicótico inyectable y la conciencia de poseer un trastorno, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de dicho trastorno.
- síndrome positivo o negativo de la esquizofrenia y la conciencia de poseer un trastorno, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de dicho trastorno.
- consumo de cigarrillos y puntuación en las diferentes subescalas P.A.N.S.S. (positiva, negativa, compuesta y de psicopatología general).
- consumo de cigarrillos y síndrome positivo o negativo de la esquizofrenia.

DISCUSIÓN

Este estudio presenta una serie de limitaciones que dificultan la extrapolación de resultados. En primer lugar se trata de una muestra pequeña, 28 pacientes. Todos los pacientes relacionados asistieron a consulta en las dependencias del equipo para la evaluación. Sin embargo, muchos de los pacientes incluidos en el programa de tratamiento asertivo comunitario reciben asistencia exclusivamente domiciliaria. Sería necesario evaluar en futuros estudios a dichos pacientes para determinar si son esos los pacientes más graves, o los que tienen mayor discapacidad en cuanto a funcionamiento social o familiar o menor conciencia de enfermedad, lo que podría parecer a priori. Otra limitación de este estudio es que la recogida del consumo de tóxicos por parte de los pacientes fuera a partir de la entrevista clínica con ellos mismos, lo que podría implicar la minimización de conductas desadaptativas y la negación de hábitos no aceptados socialmente, lo que da como resultado que ningún paciente incluido en este estudio admita

consumir alcohol, cannabis, u otros tóxicos a excepción del tabaco. En cuanto al protocolo del estudio, se consignaron los ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital San Agustín de estos pacientes durante los previos cinco y diez años. Sin embargo, parece conveniente evaluar los ingresos en dicho dispositivo antes y después de la inclusión del paciente en el programa de tratamiento asertivo.

En cuanto a los resultados obtenidos, y en lo que respecta a las características demográficas, los pacientes incluidos en nuestro estudio son varones en un 75%, con una media de edad de 40,86 años, solteros en un 85,7%, lo que contrasta con los resultados obtenidos por Horiuchi en Japón (9) en los que el 57,6% eran mujeres, con una media de edad de 33,9 años. Sin embargo sí obtiene resultados similares en cuanto a estado civil ya que el 12,1% de los pacientes en dicho estudio estaban casados, frente al 14,3% de los pacientes que ha estado casado alguna vez en este. En un estudio holandés (12) se describe una media de edad de los pacientes en tratamiento asertivo de 36,9 años, así como una distribución por sexos del 74% para los varones, lo que se asemeja más a los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En lo que respecta a la clínica, en nuestro estudio los pacientes han mejorado en cuanto a impresión clínica en síntomas positivos (el 78,6% se encuentran al menos “levemente mejor”), negativos (el 67,9% se encuentran al menos “levemente mejor”) y depresivos (el 71,4% se encuentran al menos “levemente mejor”), mientras que no han experimentado cambios en cuanto a síntomas cognitivos desde su inclusión en el E.T.A.C. Sí hemos encontrado asociación positiva entre llevar más tiempo en el programa y la mejoría en cuanto a síntomas positivos, negativos, y cognitivos. En el estudio japonés (9), por el contrario, no se observó cambio significativos en la puntuación total en la escala B.P.R.S. desde la inclusión de los pacientes en el equipo de tratamiento asertivo. Por otra parte, Bak (11) encontró que la tasa de remisión, empleando criterios B.P.R.S. (puntuación de 3 o menos en los siguientes ítems: ideación paranoide, grandiosidad, pensamientos inusuales, alucinaciones, pensamiento incoherente, afecto aplanado y manierismos) ascendía del 19 al 31% tras la inclusión de los pacientes en un programa de tratamiento asertivo, aunque no empleaba el criterio de duración de dicha remisión de seis meses. En nuestro estudio, y utilizando los criterios de remisión según la escala P.A.N.S.S. que propone

Andreasen (22) (según la cual ha de puntuar 3 o menos en los siguientes ítems: delirios, desorganización conceptual, alucinaciones, inusual contenido del pensamiento, manierismos, afecto embotado, aislamiento social y ausencia de espontaneidad y discurso inhibido) y sin tomar en consideración el criterio temporal, sólo el 14,28% (4 pacientes) cumple estas características.

En lo que concierne a la conciencia de enfermedad, algunos estudios (17) han señalado que una buena conciencia de enfermedad se asocia con el desarrollo de mayores habilidades sociales. Los pacientes incluidos en nuestro estudio tienen una conciencia intermedia acerca de poseer un trastorno mental (37,5% de los pacientes), y de los efectos de la medicación (57,1% de los pacientes). Sin embargo el 82,1% de los pacientes no es consciente de las consecuencias sociales que se derivan de su trastorno. Un aspecto crucial del tratamiento asertivo es el grado de enganche de los pacientes, incluso de aquellos sin hogar, lo que podría redundar en un mayor cumplimiento terapéutico, y así, en una mejoría sintomatológica y evolutiva, según han planteado numerosos estudios (3, 13, 14). En nuestro estudio, mayor tiempo en el E.T.A.C. se asocia a mayor conciencia en cuanto a los efectos positivos de la medicación de manera estadísticamente significativa.

A la luz de los resultados obtenidos parece que el tratamiento asertivo comunitario se perfila como un método efectivo para el manejo de pacientes con trastornos mentales graves en la comunidad, ya que se obtiene una mejoría en cuanto a sintomatología, y un mayor grado de enganche con los dispositivos, que podría redundar en una mejor evolución a largo plazo. Esto podría ser de crucial importancia en el abordaje de primeros episodios psicóticos, como han señalado ya algunos estudios (18).

En el futuro deberían desarrollarse políticas de apoyo al establecimiento de equipos de tratamiento asertivo comunitario, especialmente para aquellos pacientes con gran demanda de atención hospitalaria. Sería necesario realizar un estudio comparativo en profundidad, adaptado a las necesidades y al contexto sociocultural de nuestro país, acerca de la eficiencia de este tipo de tratamiento.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente diagnosticado de esquizofrenia incluido en el programa de T.A.C. de Avilés (Asturias) que acude a consultas en las dependencias del equipo es:

- a) Demográficamente: varón, soltero, con estudios primarios, que vive con su familia de origen, sin hijos, pensionado, fumador.
- b) Clínicamente:
 - i) Diagnosticado de esquizofrenia paranoide (F20.0, CIE-10), recibe un antipsicótico depot/de liberación prolongada por vía intramuscular, dos antipsicóticos por vía oral y una benzodiacepina.
 - ii) Presenta sintomatología predominantemente negativa, tiene una conciencia de enfermedad y de los efectos de la medicación intermedia, así como nula conciencia de las consecuencias sociales de su trastorno mental.
 - iii) Presenta un elevado nivel de discapacidad en las áreas ocupacional y contexto social amplio.
 - iv) Globalmente la gravedad del cuadro clínico puede considerarse moderada.
 - v) Lleva más de seis años de seguimiento en el E.T.A.C. y desde su inclusión en el programa ha mejorado en grado “leve” en cuanto a la intensidad de los síntomas positivos y en grado “mucho mejor” en cuanto a los síntomas negativos.

BIBLIOGRAFÍA

(1)Bravo MF, Díaz B, Fernández A. La atención a los trastornos mentales graves. En: Pérez F, coordinador. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría: 2006. p. 277-296.

(2)Allness DJ, Knoedler WH. The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: a manual for PACT start-up. Arlington, VA: The National Alliance for the Mentally Ill; 1998

(3)Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980; 37(4):392-7.

(4)Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid, 2007.

(5)Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ. 2006; 332(7545):815-20.

(6)Oliver P, Piachaud J, Tyrer P, et al. Randomized controlled trial of assertive community treatment in intellectual disability: the TACTILD study. J Intellect Disabil Res 2005; 49:507-515.

(7)Martin G, Costello H, Leese M, et al. An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: conceptual, clinical, and service issues. J Intellect Disabil Res 2005; 49:516-524.

(8)Hemmings CP. Community services for people with intellectual disabilities and mental health problems. Current Opinion in Psychiatry 2008; 21:459-462.

(9)Horiuchi K, Nishio M, Oshima I, Ito J, Matsuoda H, Tsukada K. The quality of life among persons with severe mental illness enrolled in an assertive community treatment program in Japan: 1-year

follow-up and analyses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006; 31:2-18.

(10) Burns T. Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007; 50:s37-41.

(11) Bak M, Van Os J, Delespaul P, de Bie AA, Campo J, Podigghe G, et al. An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Feb;42(2):125-130.

(12) Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, Henderson J. International differences in home treatment for mental health problems. Results of a systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Nov;181:375-82.

(13) Rosenheck R, Gallup P, Frisman LK. Health care utilization and costs after entry into an outreach program for homeless mentally ill veterans. *Hospital and community Psychiatry*. 1993 Dec 44(12): 1166-1171.

(14) Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2007 Mar;164(3):393-399.

(15) Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:105-112.

(16) Fakhoury WKH, White I, Priebe S et al. Be good at your patients. How the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalisation. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:789-791.

(17) Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:822-9.

(18) Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P, Phlenschaeger J, Thorup A, Christensen TO, et al. Improving 1-year outcome in first-

episode psychosis: OPUS trial. Br J Psychiatry Suppl. 2005;48:s98-103.

(19) Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 25 de febrero de 1998.

(20) Cuddeback GS, Morrisey JP, Meyer PS. How many assertive community treatment teams do we need? *Psychiatr Serv*. 2006;57(12):1803-1806.

(21) García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*. Barcelona, 2006.

(22) Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;162(3):44

8.- FIDELIDAD Y CALIDAD EN EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO.

FIDELIDAD

BREVE RESEÑA HISTÓRICA:

Ya hemos señalado el origen del TAC en Madison, Wisconsin, USA en 1980, de la mano de Stein y Test. Desde entonces ha ido extendiéndose por diversas partes del mundo. El Reino Unido, Canadá, Australia, Holanda, Bélgica, Polonia y los Países Escandinavos están entre los lugares donde el enfoque asertivo comunitario tiene gran importancia en la práctica asistencial.

En España el primer equipo específico y autónomo de tratamiento asertivo comunitario creado fue el de Avilés en 1999, siendo además el que más se ha esforzado por difundir la filosofía de trabajo TAC en España. Su metodología concreta de actuación se definió como «Modelo Avilés» (Martínez Jambrina, Peñuelas Carnicero, 2007).

De gran interés para su difusión fue la intervención de la Cochrane Schizophrenia Group, 2003. Hizo una revisión sistemática de estudios randomizados de Equipos TAC versus Cuidados Estándar. Los principales resultados que arrojó la Cochrane Review:

- Los pacientes de un ETAC se desvinculan con más dificultad, ingresan menos y sus ingresos son más breves que los pacientes que reciben un tratamiento estándar.
- Otras ventajas que tienen los pacientes seguidos por ETAC: en empleo, estabilidad en la vivienda y satisfacción del usuario.
- No hay ventajas sobre el seguimiento estándar en síntomas negativos ni en el funcionamiento social.

CONCEPTO DE FIDELIDAD:

- La fidelidad mide la capacidad de estandarización, consistencia y replicabilidad del modelo, así como la desviación del modelo original y las diferencias entre las variaciones del modelo.
- Permite predecir resultados
- Puede ser usado como guía para implementar un programa.

-Puede ayudar a monitorizar un programa y ayudar a asegurar su calidad.

-Promueve la validez externa pudiendo ayudar a constituir guías técnicas.

-Hay que seguir los siguientes pasos para establecer **el criterio de fidelidad**:

1. Detectar los posibles indicadores o componentes críticos de un modelo:

- Describiendo fuentes de datos para cada indicador.
- Desarrollando definiciones operativas para los indicadores.

2. Recoger datos para los indicadores.

3. Examinar los indicadores valorando su fiabilidad y validez.

HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DE LA FIDELIDAD DEL TAC:

1. Escala Dartmouth de Tratamiento Asertivo Comunitario. Creada por Teague y cols. en 1998. (Gold estandar de medida).

2. Revisión de la fidelidad al modelo de Programa de Tratamiento asertivo comunitario de la Alianza Nacional para la Salud Mental. Creado por el Centro de asistencia Técnica al TAC del NAMI en 2003.

3. Herramienta para la Medida del Tratamiento Asertivo Comunitario (TMACT). Una revisión de la Escala Dartmouth realizada por Teague y cols. en 2009.

ESCALA DARTMOUTH DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO. DACTS:

• Sus creadores fueron Teague, Bond y Drake en 1998.

•Número de ítems: 28

•Valoración de los ítems: de 1(no implementado) a 5 (totalmente implementado).

•Dimensiones:

- Recursos humanos (11 ítems)
- Organización interna (7 ítems)
- Tipo de servicios prestados (10 ítems)

•Método de certificación: Auditoría externa. 6 horas de duración aproximada.

•Interpretación:

- Alta fidelidad: >4
- Fidelidad media: Entre 3 y 4
- Baja fidelidad <3

•Utilidad: Ayuda en la implementación de equipos. **Criterios de Alta fidelidad (p=5)

**Recursos humanos (11 ítems):

1. Ratios de Profesionales/pacientes reducida: 10 o menos por profesional.

2. Casos compartidos:

- Trabajo en equipo más que individual.
- Los profesionales conocen y trabajan con todos los usuarios.
- Más del 90% de los usuarios tienen contacto con más de un miembro del staff al menos en dos semanas.

3. Reuniones:

- El staff se reúne frecuentemente para planificar y revisar servicios para cada usuario.
- Al menos 4 reuniones organizativas por semana, con una revisión de cada paciente.

4. Participación del responsable del programa proporcionando directamente servicios por lo menos el 50% del tiempo.
5. Continuidad del equipo: El programa mantiene los mismos miembros del equipo durante tiempo, evidenciado por una rotación menor del 20% en 2 años.
6. Capacidad del equipo: El programa ha operado con el 95% o más de la plantilla en los últimos 12 meses.
7. Psiquiatra en el equipo: Al menos un psiquiatra a tiempo total para un programa con 100 usuarios.
8. Enfermería: Al menos Dos enfermeras para un programa de 100 usuarios.
9. Especialista drogodependencias: Dos ó más empleados a tiempo total con más de un año de experiencia para un programa de 100 usuarios.
10. Especialista en actividades vocacional–laborales: Al menos dos especialistas a tiempo total con más de un año de experiencia.
11. Suficiente equipo. Al menos 10 miembros a tiempo total en el equipo por programa (100 usuarios).

**Aspectos organizativos (7 ítems):

1. Definición del Perfil y Admisión: Criterios definidos y claros.
2. Tasa de admisiones: Una media de no más de 6 usuarios nuevos incorporados al mes los últimos 6 meses.
3. El equipo asume la responsabilidad completa del tratamiento: consulta, soporte vivienda, tratamiento por abuso de sustancias, apoyo a empleo y rehabilitación.
4. Responsabilidad sobre los servicios que abordan crisis: 24 horas de cobertura para las crisis psiquiátricas.
5. El equipo de TAC toma la iniciativa del ingreso. Más del 95% de los ingresos son programados.

6. El equipo TAC está implicado en planificar el alta hospitalaria: Más del 95% de las altas son planificadas por el equipo.

7. No hay límite en la duración del tratamiento: Se mantiene el tiempo necesario. Menos del 5% son dados de alta al año.

**Tipos de servicios (10 ítems):

1. Intervenciones “en vivo”: Se trabaja en desarrollar habilidades para vivir en la comunidad en vivo más que en los despachos. El 80% del tiempo en la comunidad en contacto directo con los pacientes.

2. Política de no-abandonos: El programa retiene a usuarios con un importante nivel de satisfacción. El 95% de los casos se mantienen en el programa por un periodo mayor de 12 meses.

3. Mecanismo de compromiso asertivo: El programa provee de estrategias y mecanismos legales y de ayuda social.

4. Intensidad de los servicios: promedio de dos horas ó más por semana de contacto directo con cada usuario.

5. Frecuencia de contacto: promedio de 4 ó más contactos por semana por cada usuario.

6. Trabajo con sistemas de apoyo informales: Contacto familia, propietarios de viviendas, empleadores, etc. Promedio de 4 o más contactos al mes por usuario con sus soporte comunitarios.

7. Tratamiento individualizado de abuso de sustancias:

8. Tratamiento Grupal para trastornos duales: El 50% o más de los consumidores asisten al menos a un grupo mensual.

9. Modelo de Tratamiento dual: El equipo utiliza siempre modelos de descubrimiento no confrontativos, basados en los principios de la terapia conductual, considerando las interacciones entre la enfermedad mental y el abuso de sustancias y expectativas graduales de abstinencia.

10. Papel de los usuarios en el equipo: Se les incluyen como miembros del equipo, previendo servicios directamente.

TMACT. (TOOL FOR THE MEASUREMENT OF ACT) Instrumento de Medición del Tratamiento Asertivo Comunitario. Revisión de DACT:

•Creadores: María Monroe-DeVita, Gregory Teague y Lorna Moser. 2009.

•Plantea 47 ítems tras añadir 25, revisar 18 y eliminar 6 de la DACT. Se valoran de 1 a 5.

•Es una Nueva propuesta que aún se está pilotando.

•Dimensiones:

1. Estructura y operaciones (12 ítems).
2. Equipo y roles en general (7 ítems).
3. Equipo y roles específicos (8 ítems).
4. Servicios generales (8 ítems).
5. Servicios basados en la evidencia (8 ítems).
6. Practicas orientadas a la recuperación (4 ítems).

APORTACIONES DEL TMACT:

•Incorpora procesos de evaluación mejores y más comprensivos con la alta fidelidad al TAC.

•Desarrolla la fiabilidad y validez de la investigación:

•Crea más matices en las mediciones del TAC.

– Distingue mejor entre grados de fidelidad, siendo más sensible a los cambios.

•Aboga por un funcionamiento de Equipo Multidisciplinar:

–Refuerza el Abordaje integral, implicación.

–Focalizado en los roles, especifica más las funciones; responsabilidad.

- Se introducen ítems dedicados a cualificar más exhaustivamente los Roles del Equipo:

- El TMACT amplía la Responsabilidad del equipo sobre los Servicios de Tratamiento;

- Mientras que el DACTS únicamente dedicaba 1 ítem a valorar los servicios ofertados, incluyendo todos los servicios en este ítem.

- El TMACT dedica 5 ítems a la provisión de los servicios:

1. Servicios psiquiátricos.
2. Servicios de rehabilitación.
3. Tratamiento de abuso de sustancias.
4. Empleo protegido.
5. Servicios para la gestión del bienestar.

- El TMACT gestiona cómo se logran estos servicios:

- Corretaje mínimo.

- El usuario dirige la elección, no según la conveniencia o limitaciones del equipo.

- Plantea el ratio de provisión de servicios

- Ratio = recibidos/necesitados –Se considera la calidad del servicio (al menos un 3)

- Plantea la total Responsabilidad sobre los Servicios de Rehabilitación.

- Operativiza la puntuación de la provisión:

- 1 (No implementación)= Menos del 30% de los usuarios que lo necesitan lo reciben.

- 5 (Alta fidelidad)= Más del 90% de los usuarios que lo requieren lo reciben.

- Fundamentado en las Prácticas Fundamentadas en la Evidencia. Introduce como servicios basados en la evidencia:

1. Total responsabilidad sobre el Servicio de Abuso de Sustancias.
2. Modelo de patología dual.
3. Total Responsabilidad sobre Servicios de empleo.
4. Modelo de Empleo protegido.
5. Total responsabilidad sobre servicios de gestión del bienestar.
6. Compromiso y psicoeducación con los apoyos naturales.
7. Psicoterapia avalada por la evidencia.
8. Servicios de alojamiento protegido.

–El Usuario es el eje central. Incorpora Prácticas Orientadas a la Recuperación:

1. El Plan de Tratamiento informa de las fortalezas.
2. Planificación centrada en la persona;
3. Las Intervenciones diana abordan un amplio rango de metas de la vida.
4. Objetivos orientados a la autodeterminación e independencia del usuario

REFLEXIONES:

Al hilo de lo expuesto con la revisión de las escalas parece claro que:

•El TAC es un modelo vivo en continua evolución;

–La influencia de otros modelos ayuda a mejorar.

–Estar centrado en los usuarios supone adecuarse constantemente a sus cambios y demandas. Inicialmente ofrecía un modelo más custodial.

–Intenta incorporar las mejores prácticas: ¿Cuentan otras formas de servicio?: Telemedicina o Redes sociales.

•Sería interesante buscar métodos alternativos de evaluación, tales como:

–Usar escalas cortas.

–Incrementar los periodos de tiempo entre evaluaciones.

–Usar pruebas de evaluación basadas en las necesidades en vez de en intervalos fijos.

BIBLIOGRAFÍA:

-Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud.

-Espino Granados JA. Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Espino Granado JA (Coord). La Atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 26-52.

- Larraz, J.A. (2007) Mejora continua de la calidad en servicios de salud mental y socio sanitarios. Experiencia de implantación de un programa de calidad asistencial. Informaciones Psiquiátricas-Cuarto trimestre 2007. Número 109.

-Martínez Jambrina, JJ. (2007). El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol. 7, N. o 2, pp. 147 - 159.

- Martínez Jambrina, JJ.; González, G.; Lara, I. y Ures, B. (2010) Calidad del tratamiento asertivo comunitario (TAC) en el Servicio de Salud Mental de Avilés (Asturias). Servicio de Salud Mental del Hospital San Agustín, Área Sanitaria III, Avilés. POSTER II Jornada sobre Gestión Clínica, SESPA

-Martínez Jambrina, JJ., Peñuelas Carnicero, E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. Archivos de Psiquiatría; 70 (2): 77-82.

-Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., Moser, L.L. (2011). The TMACT: A new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. Journal of the American Psychiatric Nursing Association 17 (1):34- 36.

-Stein L, Test M. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980; 37(4):392-7.

-Stein L, Test M. Retraining hospital staff for work in a community program in Wisconsin. *Hosp. Community Psychiatry*. 1976; 27(4):266-8.

-Stein L, Test M. The evolution of the training in community living model. *New Dir Ment Health Serv*. 1985; (26):7-16.

-Stein L, Test M, Marx A. Alternative to the hospital: a controlled study. *Am J Psychiatry*. 1975; 132(5):517-22.

-Teague, G.B., Bond, G.R., Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216-232.

-Teague, G. B., Moser, L.L., Monroe-DeVita, M. (2011). Established and emerging elements in the TMACT: Measuring fidelity to an evolving model. *Journal of the American Psychiatric Nursing Association* 17(1):17-29.

-Tyrer P. The future of specialist community teams in the care of those with severe mental illness. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2007; 16(3):225-30.

-Weisbrod B, Test M, Stein L. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 1980; 37(4): 400-5.

-Williamson T. Ethics of assertive outreach assertive community treatment teams. *Curr Opin Psychiatry*. 2002; 15:543-547.

-Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 789–796.

CALIDAD

LA CALIDAD EN SALUD MENTAL

¿QUÉ ES LA CALIDAD?

Para la OMS, adaptando la definición de 2001 del Institute of Medicine, es “una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia”. Le interesa por tanto, los resultados en beneficios para los pacientes y usuarios y que estos resultados provengan de un conocimiento científico contrastado y actualizado.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA CALIDAD EN SALUD MENTAL?

Con el programa de calidad, la OMS no persigue superar modelos históricos de atención (caracterizados por una atención muy alejada no ya de una mínima calidad, sino de los propios derechos humanos), sino que entiende que un enfoque sobre la calidad en SM ayuda a:

1. Asegurar que los recursos se utilizan de manera adecuada, entendiendo que igual de pernicioso puede ser la infrautilización de servicios como su sobreutilización.
2. Asegurar que los tratamientos se basan en el conocimiento y tecnología más reciente, destacando que hay que superar tecnologías tradicionales por otras de tipo comunitario y de contrastada efectividad.
3. Asegurar que se reciben los tratamientos que se necesitan, incluso (y especialmente) en aquellos casos que, necesitando, no los buscan.
4. Fomentar la confianza en la efectividad del sistema. La imagen del sistema de atención a la salud mental no es precisamente buena, un enfoque basado en la calidad puede proporcionarle la buena imagen de la que tradicionalmente ha carecido, además de aumentar la satisfacción con sus servicios.

5. Superar los obstáculos para conseguir cuidados apropiados en diferentes niveles, precisamente por la mejora en la confianza sobre la efectividad del sistema de atención.

6. Optimizar los cuidados de salud mental de una manera sistemática.

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL TAC EN EL EQUIPO DE AVILÉS:

Martínez Jambrina y col. (2010) desarrollaron la primera investigación sobre la calidad del tratamiento asertivo comunitario que ofrecía el servicio de Avilés a los enfermos que eran derivados al servicio con diagnósticos incluidos dentro del grupo de trastornos graves y persistentes. Dicha investigación se centró en el estudio de estándares preestablecidos de calidad sobre organización interna, actividad asistencial, coordinación externa, accesibilidad al servicio y la calidad de atención considerada por los propios usuarios y sus familiares, congruentes con los criterios de fidelidad previamente expuestos y adecuados a la realidad asistencial española.

Los resultados fueron que en cuanto al proceso del tratamiento asertivo comunitario el Modelo Avilés alcanza los estándares de calidad de Organización Interna al realizar 4 ó más Reuniones de Revisión de Pacientes al mes, con una media de 9,3.

Además en cuanto a Reuniones de Coordinación Interna lo más frecuente era realizar tres a la semana.

Alcanza los estándares de calidad también en cuanto a la actividad asistencial, con una media mensual de 3,11 contactos al mes, mientras que el estándar exigía 2.

También comprobó cómo el 62,76% de los pacientes presentaba una media de 2 o más contactos individuales al mes durante la Fase de Seguimiento.

En cuanto a la coordinación externa se identifica el 89,71% de Reuniones que el ETAC realizaba en la comunidad eran formales, alcanzando así el estándar que era del 60%. También se alcanza el estándar de calidad en cuanto a la accesibilidad al servicio pues se venían ofreciendo 7 horas diarias (de 08:00 a 15:00 horas de lunes a viernes), mientras que lo exigido era de 5 al día.

Y en cuanto a los resultados alcanzados respecto a la calidad de atención, esta investigación muestra como los pacientes consideraban que su calidad de vida antes de recibir el tratamiento era “muy mala” sin embargo es considerada como “normal” después del TAC. También destaca como manifestaban estar “muy satisfecho” con el Programa TAC (Martínez Jambrina y col. 2010).

Cuatro años después este estudio es replicado con la intención de comprobar la existencia de posibles cambios entre los resultados de ambos estudios. Esto supone ofrecer a la comunidad una mayor garantía de calidad de los servicios sanitarios que ofrezcan a su vez, a los ciudadanos con discapacidad y/o deterioro una mejor calidad de vida.

El TAC desarrolla un abordaje interdisciplinario centrado en el tratamiento, rehabilitación, apoyo y soporte social (Martínez Jambrina y Peñuelas, 2007) que además se caracteriza como señalan Marshall y Lockwood (1998) por estar avalado por su efectividad.

Allmes y Knoedler (2003) identifican los estándares mínimos de calidad para el funcionamiento del programa. Estos autores mantienen que los estándares persiguen varias cosas, por un lado identificar a quien va dirigido el programa, los servicios que se necesitan, el personal que se requiere y los resultados que se pretenden alcanzar para los pacientes del TAC.

Björkman y Hansson (2002) demuestran en su estudio que para mejorar la calidad de vida subjetiva hay que centrarse en un tratamiento eficaz de los síntomas, reducción de las necesidades asistenciales y en proporcionar apoyo social.

Rosen et al. (2013) destaca la importancia de la fidelidad de los protocolos a seguir por los miembros de un equipo en intervención comunitaria para alcanzar la calidad del servicio.

Método:

Partimos de la **hipótesis** de que el Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés en el año 2014, presenta calidad en las áreas de organización interna, coordinación externa, accesibilidad,

capacidad de contención y atención de mayor nivel que en el año 2010.

Nuestra investigación es de **tipo** descriptiva, pues se ocupa de caracterizar la calidad del tratamiento asertivo comunitario – Modelo Avilés – en 2014. Su diseño es no experimental pues estudia la realidad del TAC sin introducir elementos extraños que puedan afectar. Además es transversal pues el estudio fue realizado en las semanas 11 a la 22, es decir del lunes 10 de marzo al 30 de mayo de 2014, lo que hace un total de 12 semanas, en las que el ETAC trabaja de Lunes a Viernes durante 8 horas al día.

Se utilizarán **variables** ordinales y nominales, cuantitativas y cualitativas. Tomamos como referencia la Asociación Americana de Tratamiento Asertivo Comunitario al establecer diferentes áreas, que consideraremos nuestras variables, que vienen puntualmente indicadas y definidas con el estándar establecido en cada una de ellas (Fig. 1).

Como **instrumento** para la recogida de datos se diseñó con miembros del ETAC-Avilés un Registro de Actividades Diarias Digital y Manual los profesionales del ETAC anotaban las actividades que realizaban directamente.

El Registro de Actividades Diarias fue utilizado por los doce miembros del ETAC-Avilés y por 7 profesionales más que por diferentes motivos rotaron por el servicio. Algunos anotaban en el Registro de forma computarizada y otros manualmente. En caso computarizado lo enviaban vía correo electrónico a la persona encargada del análisis estadístico de los datos. Los que registraban manualmente sus actividades pasaban posteriormente sus registros en papel a una persona encargada de transcribir esta información para posteriormente enviarlos por correo electrónico a la misma persona responsable de la parte estadística.

Recibidos todos los datos eran agrupados semanalmente para posteriormente realizar el análisis estadístico por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) computarizado versión 12.00 para Windows, realizando análisis estadístico descriptivo con frecuencias, porcentajes, media aritmética, moda y rango. Además los datos fueron manejados

según las formulas señaladas en algunas definiciones de ciertos indicadores de calidad.

Resultados:

El área de evaluación de **organización interna** viene indicada por el proceso de funcionamiento del ETAC en cuanto a reuniones que realiza entre los miembros del ETAC para organizarse internamente y en cuanto a reuniones que los miembros del ETAC hacen sobre los pacientes asistidos.

En cuanto a las **reuniones de coordinación interna**, el estándar de calidad señala al menos 3 a la semana. En el ETAC-Avilés lo más frecuente es realizar 3 reuniones de este tipo a la semana, cumpliéndose esta frecuencia en el 91,7% de las semanas estudiadas. La única semana que no cumplió esta frecuencia de reuniones fue porque tenía menos días laborales. Podemos señalar que se cumple este estándar de calidad de proceso.

La organización interna también viene señalada por las **reuniones de revisión de pacientes** siendo su estándar de calidad de al menos 4 de estas reuniones al mes. Este estándar también se cumple y con amplio margen, pues en el 91,7% de las semanas estudiadas se realizan 3, lo que supone hacer 12 al mes.

Además de estos indicadores de calidad estudiados, el ETAC de Avilés realiza reuniones para que los profesionales programen conjuntamente sus actividades asistenciales, siendo lo más frecuente (83,3%) realizar una a la semana.

El área de evaluación **actividad asistencial** viene indicada por el proceso que viene definido por las actividades que realiza el ETAC tanto en la comunidad como en las propias instalaciones del servicio, por los contactos que los miembros del ETAC hace con los pacientes en fase inicial (primer año de TAC), en fase de seguimiento (segundo año de TAC) y por vía telefónica.

En cuanto a las actividades desarrolladas por los profesionales del ETAC el estándar de calidad viene señalado por que al menos el 60 % de la actividad del equipo deberá realizarse en el ámbito comunitario. El ETAC-Avilés realiza un 66,82% de sus **actividades**

en la comunidad, lo que nos lleva a alcanzar el estándar de calidad.

En cuanto a las **actividades que realiza el equipo en las instalaciones del ETAC** suponen un 33,18%, que esta por debajo de lo exigido por los estándares de calidad que señalan que no sea superior al 40%, por lo que se cumple el estándar.

Respecto a los **contactos con pacientes en fase inicial** hay una gran variedad en cuanto al número de intervenciones que se hacen a los pacientes durante el primer año de tratamiento, encontrándonos con un rango que va de 3 a 21 contactos semanales, que hace una media de 10 contactos semanales que los miembros del ETAC realizaban a pacientes que estaban en el primer año de tratamiento asertivo comunitario. El ETAC de Avilés no mantiene contactos semanales con todos los pacientes en fase inicial por considerar que no lo requieren, la vez que pueden llegar a realizar incluso 5 contactos a la semana con los pacientes que lo necesiten. El estándar de calidad sin embargo señala 1 contacto semanal directo por lo que no se alcanza este criterio de calidad en el área asistencial.

Nos encontramos la misma situación en cuanto a los **contactos con los pacientes en fase de seguimiento** (segundo año de tratamiento asertivo comunitario), también los atiende cuando lo ve necesario y nos encontramos con pacientes que no son asistidos semanalmente y otros que lo son varias veces a la semana. Siendo la media de contactos semanales a pacientes en fase de seguimiento de 7,67 yendo de 3 a 13 contactos semanales.

Los **Contactos telefónicos** realizados en el ETAC presentan un estándar de calidad de que el equipo deberá mantener al menos un contacto telefónico de seguimiento semanal. En el ETAC-Avilés durante el periodo de tiempo estudiado se recoge de 3 a 36 contactos telefónicos por lo que se cumple este estándar de calidad.

El área de evaluación de **coordinación externa** también se refiere al proceso asistencial y viene definido por las **reuniones formales en la comunidad**, es decir las reuniones formales, planificadas, que el ETAC hace con agentes comunitarios. El estándar de calidad es que estas reuniones habrán de mantener una continuidad y estar programadas en al menos el 60 % de los casos. El ETAC-Avilés en

el periodo estudiado realizó un total de 72 reuniones formales con agentes comunitarios y 6 de manera informal, lo que supone que el 92,3% de las reuniones con la comunidad son realizadas de manera formal y planificada, lo que nos lleva a cumplir el estándar de calidad.

Lo mas frecuente en el ETAC-Avilés es no realizar **reuniones no formales en la comunidad**.

El área de **accesibilidad** del indicador de proceso viene definido por el tiempo que demora desde la derivación del paciente al ETAC hasta el momento de la atención y por la demora que haya para la atención de la urgencia.

En el ETAC-Avilés la **demora para atender una derivación** va desde ser atendido el mismo día hasta 7 días. Como el estándar de calidad es de no superior a 7 días nos encontramos que se cumple este estándar de calidad. Siendo el tiempo medio de demora para atender la derivación de un nuevo paciente en el ETAC-Avilés de 1,16 días.

En el **tiempo de demora para la atención de la urgencia** el estándar de calidad señala disponer de una línea abierta y directa de contacto con el usuario durante al menos 5 horas diarias. En el ETAC-Avilés se dispone de líneas telefónicas abiertas 8 horas al día, por lo que se cumple el estándar de calidad. En la Tabla 1 se muestra como en el ETAC-Avilés la urgencia es atendida a las pocas horas de ser recibida, acudiendo al domicilio o atendiéndolo en las instalaciones del mismo equipo.

El área de **capacidad de contención** viene indicada por el resultado que se define en cuanto al número de pacientes ingresados y al tiempo que estos duran.

En 3 meses de estudio, en el ETAC-Avilés fueron ingresados un total de 9 pacientes (Tabla 13) lo que no hace ni el 9% de la población asistida. Al ser el estándar de calidad de ingresos no superior al 15% de la población atendida, el ETAC-Avilés también lo alcanza.

De los 9 casos ingresados contamos con la información de 3 casos, siendo la media de duración del ingreso de 15,3 días.

Los resultados obtenidos en este estudio de calidad del ETAC-Avilés en el año 2014 fueron comparados con los obtenidos en el estudio de calidad del año 2010.. En cuanto a los resultados sobre el *área de organización interna* indicado por el proceso de funcionamiento de los miembros del ETAC en cuanto a como se organizan entre ellos, nos encontramos que mejora la calidad en el año 2014 como se muestra en la Tabla 2, que aunque en los dos años estudiados se alcanza el estándar de calidad es mas alto en cuanto a las reuniones de coordinación interna y de revisión de pacientes en el año en curso.

Respecto al *área de coordinación externa* indicado por el proceso de funcionamiento de los miembros del ETAC respecto a cómo trabajan con los agentes de la comunidad como se ve en la Tabla 3, hay más contactos programados, mantenidos y formales con la comunidad en el año 2014 que en el 2010.

En cuanto a la *accesibilidad* al ETAC no se encuentran diferencias de calidad entre el año 2014 y 2010., la mejora se encontró en que en el 2010 no se registraban algunos de estos datos, mientras que en el 2014 se disponía ya de ellos. (Tabla 4).

El *área de capacidad de contención* indicada por los resultados que el ETAC alcanza en los pacientes asistidos, nos encontramos que hay diferencias en cuanto al porcentaje de pacientes ingresados de entre todos los asistidos como se muestra en la Tabla 5.

Para terminar y en base a los resultados alcanzados llegamos a diferentes conclusiones:

- El ETAC-Avilés, en 2014, alcanza los Estándares de Calidad de la Asociación Americana de TAC en Organización Interna, Coordinación Externa, Accesibilidad y Capacidad de Contención.
- Los estándares de calidad alcanzados en el año 2014 han mejorado respecto a los del año 2010.
- El ETAC-Avilés realiza más actividades que las consideradas en estos estándares de calidad y sus miembros consideran que influyen en el buen funcionamiento del servicio.

- Se hace necesario comenzar a desarrollar y establecer estándares de calidad contextualizados a nuestra realidad sanitaria, administrativa, cultural y social.

Discusión:

Al querer comparar nuestro resultados con los de otros estudios nos encontramos con la dificultad de disponer de ellos. Por tal limitación es que hemos comparado los resultados obtenidos en el año 2014 con los que nosotros habíamos obtenido en otra investigación similar en el año 2010. La comparación de resultados nos ha llevado a comprobar que se dan mejores resultados en el 2014 que en el año 2010. Además se ha podido comprobar también que en la actualidad la información es mas sistematizada. Por el propio equipo.

Figuras y Tablas:

Fig. 1: Estándares de Calidad del TAC

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>	<i>Estándar</i>
1. Organización interna	1.1. Reuniones de coordinación interna	Media mensual de reuniones de coordinación interna	Al menos 3 a la semana (mayor o igual a 0.6)
	1.2. Reuniones de revisión de pacientes	Media mensual de reuniones de revisión de pacientes	Al menos 4 al mes (mayor o igual a 0.25)
2. Actividad asistencial	2.1. Actividad en la comunidad	Porcentaje de actividades en la comunidad realizadas por el equipo	Al menos el 80% de la actividad del equipo deberá realizarse en el ámbito comunitario
	2.2. Contacto con el paciente en la fase inicial	Media de contactos con el paciente vinculados al	Mínimo 1 contacto directo semanal durante el primer

		desarrollo del programa individual (fase inicial)	año (fase inicial)
	2.3. Contacto con el paciente en fase de seguimiento	Media de contactos con el paciente vinculados al desarrollo del programa individual (fase de seguimiento)	Mínimo 2 contactos mensuales durante el segundo año (fase de seguimiento)
	2.4. Contactos telefónicos.	Numero de contactos telefónicos	El equipo deberá mantener al menos un contacto telefónico de seguimiento semanal
3. Coordinación externa	3.1. Reuniones formales con la comunidad	Porcentaje de reuniones formalizadas con estructura y periodicidad fija con agentes y/o entidades comunitarias.	Las reuniones del equipo con agentes comunitarios claves habrán de mantener una continuidad y estar programadas en al menos el 60 % de los casos.
	3.2. Reuniones informales con la comunidad	Porcentaje de reuniones con agentes y/o entidades de la comunidad sin estructura formal.	
4. Accesibilidad	4.1. Demora de atención	Demora media en la atención desde derivación	Demora nunca superior a 7 días.
	4.2. Respuesta a urgencias	Tiempo medio de respuesta a actuaciones	

		urgentes	
	4.3. Disponibilidad del equipo	Disponibilidad de contacto del equipo	El equipo posibilitara una línea abierta y directa de contacto con el usuario de al menos 5 horas diarias
5. Capacidad de contención	5.1. Ingresos hospitalarios	Nivel de ingresos hospitalarios	Disminución significativa del porcentaje de ingresos (nunca superior al 15 %)
6. Calidad de la atención	6.1. Calidad de vida	Nivel de calidad de vida del usuario	Incremento significativo en el Nivel de calidad de vida.
	6.2. Satisfacción	Grado de satisfacción percibido	Alto nivel de satisfacción expresada.

Fuente: Asociación Americana de Tratamiento Asertivo Comunitario

Tabla 1: Accesibilidad: Proceso: Tiempo de Demora para la Atención de la Urgencia

Tiempo demora en atención de urgencia	Frecuencia	Porcentaje
Una hora	2	16,7
Dos horas	1	8,3
Mismo día	2	16,7
No consta	7	58,3
<i>Total</i>	12	100

Fuente: Propia, 2014

Tabla 2: Organización Interna 2014 – 2010

AREA	INDICADOR	DEFINICIÓN	2014	2010
Organización Interna	Proceso	Reuniones de Coordinación Interna	91,7%	63,6%
		Reuniones de Revisión de Pacientes	12 (Media)	9,3 (Media)

Fuente: Propia, 2014

Tabla 3: Coordinación Externa 2014 – 2010

AREA	INDICADOR	DEFINICIÓN	2014	2010
Coordinación Externa	Proceso	Reuniones Formales	92,3%	89,7%
		Reuniones Informales	7,7%	10,3 %

Fuente: Propia, 2014

Tabla 4: Accesibilidad 2014 – 2010

AREA	INDICADOR	DEFINICIÓN	2014	2010
Accesibilidad	Proceso	Demora	De 1 a 7 días	No registro
		Disponibilidad	8 horas/día	8 horas/día

Fuente: Propia, 2014

Tabla 5: Capacidad de Contención 2014 – 2010

AREA	INDICADOR	DEFINICIÓN	2014	2010
Capacidad de Contención	Resultados	Ingresos Hospitalarios	Menos del 8%	Del 13,8% al 3,6%

Fuente: Propia, 2014

Bibliografía:

- 1.- Björkman, T. y Hansson, I. Predoectores de la mejoría en la calidad de vida de individuos enfermos mentales a largo plazo que recibieron gestión de casos. Eur Psychiatry Ed. Esp. 2002; 9: 283-290.
- 2.- Martínez Jambrina, J.J. y Peñuelas, E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo de Avilés. Archivos de Psiquiatría 2007; 70 (2):77-82.
- 3.- Martínez Jambrina, JJ.; González, G.; Lara, I. y Ures, B. (2010) Calidad del tratamiento asertivo comunitario (TAC) en el Servicio de Salud Mental de Avilés (Asturias). Servicio de Salud Mental del Hospital San Agustín, Área Sanitaria III, Avilés. Ponencia VIII Simposio sobre TAC, Avilés
4. - Marshall, M. Lockwood, A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst. Rev. 1998; (2); CD001089
- 5.- Monroe-DeVita, m., Teague, G.B., Moser, L.L. (2011). The TMACT: A new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. Journal of the American Psychiatric Nursing Association. 2011; 17(1):34-36
- 6.-Rosen, A., Stein, L.I., McGorry, P., Harvey, C., Birchwood, M. y Diamond, R. Specialist community teams backed by years of quality research. The Psychiatric Bulletin. 2013; 37-38. Disponible en [<http://pb.rcpsych.org/content/37/1/38#BI>]

CONCLUSIONES

A) .El MODELO AVILÉS confirma la hipótesis de que el mantenimiento de la continuidad de cuidados, disponiendo para ello **de equipos multidisciplinarios comunitarios y de dispositivos asistenciales diversificados**, posibilita el mantenimiento, la atención y tratamiento en la comunidad de pacientes con trastornos mentales graves:

1º) Favoreciendo su permanencia en su entorno familiar y social.

2º) Disminuyendo el riesgo de desvinculación con los servicios de Salud Mental, recaídas y hospitalizaciones

3º) Mejorando su calidad de vida y la satisfacción de usuarios y familiares

B) Es fundamental garantizar mediante el trabajo interdisciplinario la coordinación del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (E.T.A.C.) con otros niveles del sistema sanitario, con las agencias sociales, educativas y laborales, así como con otros recursos médicos y sociales

Una vez dicho esto quiero señalar que el objetivo último del modelo comunitario asertivo que nos ha inspirado y que se está desarrollando en Avilés, es el de proporcionar a las personas afectadas de Trastornos Mentales Graves, los medios sanitarios, sociales, laborales, etc. para poder ejercer la condición de ciudadano, que es la auténtica REHABILITACIÓN. No me queda más que resaltar, que creo firmemente que los Servicios de Salud Mental comunitarios necesitan ofrecer a las personas con T.M.G.y persistentes, todos los tratamientos médicos-psiquiátricos disponibles hasta la fecha que tengan una eficacia probada.