



## EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO PARA PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

JOSÉ LÓPEZ-SANTIAGO, LUIS V. BLAS, MÓNICA GÓMEZ

Servicio de Salud Mental, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete

**Resumen:** El Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Albacete (España) es un equipo multidisciplinar para la atención de pacientes con «trastorno mental grave». El objetivo es estudiar su efectividad para la reducción de ingresos hospitalarios y urgencias. Se realizaron dos análisis pre-post, a los 12 meses ( $N = 55$ ) y a los 36 meses ( $N = 38$ ). Todas las diferencias fueron significativas. En el estudio a 12 meses el número de ingresos pasó de 83 a 28, el número de días de ingresos pasó de 1.494 a 252, y el número de urgencias se redujo de 66 a 12. En el estudio a 36 meses los resultados fueron similares, en todos los casos el tamaño del efecto fue entre medio y alto. El número de pacientes que ingresaron también se redujo en un 64,6% y en un 43,33%, respectivamente. El programa, llevado a cabo en un contexto de investigación naturalista, ha mostrado ser efectivo.

**Palabras clave:** Tratamiento asertivo comunitario; efectividad, trastorno mental grave, estudio naturalista.

*Effectiveness of an assertive community treatment program for patients  
with severe mental disorder*

**Abstract :** The Program for Assertive Community Treatment in Albacete (Spain) is a multidisciplinary team effort directed at the care for patients with severe mental disorders. The aim of this work is to study its effectiveness in reducing hospital admissions and emergency care. Two pre-post tests were conducted, one at 12 months ( $N = 55$ ) and the other at 36 months ( $N = 38$ ). The differences found were significant in all cases. In the 12 months' study the number of admissions reduced from 83 to 28; the number of admitted days decreased from 1.494 to 252; and the number of emergencies dropped from 66 to 12. In the 36 months' study the results were similar, with a medium to large effect size in all cases. The number of patients admitted also dropped 64% and 43.33% respectively. The program, which is applied in a context of real life research, has shown to be effective.

**Keywords:** Assertive community treatment; effectiveness, severe mental disorder, real-life research.

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) surge en Madison, Estados Unidos (U.S.), en la década de 1970 (Stein, Test y Marx, 1975). Se trata de un modelo de tratamiento intensivo, integral y comunitario para el tratamiento de los pacientes etiquetados como «trastornos menta-

les graves». El concepto de «trastorno mental grave» es habitualmente definido como una categoría multidimensional que incluye, al menos, tres elementos: 1) gravedad diagnóstica (esquizofrenia como paradigma); 2) grave deterioro en el desempeño psicosocial; y 3) larga duración o cronicidad (Rodríguez y Bravo, 2003).

El TAC se desarrolla como un intento de dar solución a los problemas de adaptación en la comunidad de estos pacientes más graves que, tras los procesos de «desinstitucionalización», entraban en el fenómeno de «puerta giratoria» (Stein y Santos, 1998), es decir, múltiples ingresos en unidades hospitalarias.

---

Recibido: 4 abril 2011; aceptado: 3 octubre 2011.

*Correspondencia:* José López Santiago, Hospital Perpetuo Socorro, Servicio de Salud Mental (4ª Planta), Seminario 4, 02006 Albacete, España.  
Correo-e: jlopezs@sescam.jccm.es

El modelo ha sido definido de forma muy detallada, concretándose los criterios específicos que debe cumplir un programa para ser considerado un TAC (Teague, Bond y Drake, 1998). Se ha atribuido la efectividad de un programa determinado al grado de «fidelidad» mostrado con el estándar (Rosen, Mueser y Teesson, 2007). Los rasgos principales son (Bond, Drake Mueser y Lautimer, 2001; McGrew y Bond, 1995): 1) trabajo sobre población definida; 2) baja tasa paciente/profesional (idealmente 10:1); 3) equipo multidisciplinar; 4) responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales, enfatizándose el trabajo en equipo; 5) prestación de la mayor parte de los servicios en el ambiente natural del paciente; 6) servicios individualizados y completos (psicológicos, médicos y sociales) ofertados directamente por el propio equipo; 7) cobertura permanente; y 8) servicios ilimitados en el tiempo. En síntesis, el modelo se basa en tres ejes; en primer lugar, parte de una filosofía de la atención que debe adaptarse a las necesidades del paciente y a las características del trastorno; el segundo eje se refiere a las características de intensidad y capacidad del modelo; y por último, se trata de un modo específico de organizar y gestionar la atención basado en el trabajo en un equipo multidisciplinar (López-Santiago, 2010).

Desde los primeros trabajos que avalaron su efectividad (Marx, Test y Stein, 1973; Stein, Test y Marx, 1975; Stein y Test, 1980; Test y Stein, 1980; Weisbrod, Test y Stein, 1980), el TAC es uno de los modelos de tratamiento para los trastornos mentales graves con mayor apoyo empírico (Thornicroft y Tansella, 2004). Son varias las revisiones sistemáticas y meta-análisis que han confirmado los resultados positivos en aspectos como la disminución del número y los días de ingreso, la mejora de las condiciones de vida, o la satisfacción de los pacientes (Bond et al., 2001; Mueser, Bond, Drake y Resnick, 1998; Ziguras y Stuarts, 2000).

El TAC ha tenido una gran difusión desde de la década de los años ochenta en la mayor parte de U.S. (Deci et al., 1995), y a partir de los años noventa en el resto del mundo (Bond et al., 2001; Burs, Fioritti, Holloway, Malm y Rössler, 2001). De forma muy significativa, en el Reino Unido, desde principios de 2000 este

tipo de programas han tenido una gran implantación. Según el National Service Framework of Mental Health (Appleby, 2004) en 2004 se contabilizan 263 equipos (con la denominación de *Assertive Outreach*).

Las revisiones Cochrane de finales de los años noventa respecto al modelo de los programas asertivos comunitarios (Marshall y Lockwood, 2002) y respecto a otros modelos de *gestión de casos* (Marshall, Gray y Lockwood, 2002), fueron concluyentes a la hora de decantarse por la superioridad del TAC como modelo de referencia para la atención de los pacientes con «trastorno mental grave». La revisión sobre el TAC (Marshall y Lockwood, 2002), realizada a partir de 17 ensayos controlados con asignación al azar, la mayor parte realizados en U.S., mostró que es un enfoque clínicamente eficaz para manejar la atención de personas muy enfermas mentalmente en la comunidad, que reduce los costes de la atención hospitalaria y mejora, al mismo tiempo, los resultados y la satisfacción del paciente.

Sin embargo, y a pesar de la contundencia de estos datos, su superioridad frente a otros modelos de gestión de pacientes graves está sometida actualmente a debate. En concreto, los estudios Prism y UK700 (Thornicroft, et al., 1998; UK700 Group, 1999, 2000) realizados en el Reino Unido, y de incuestionable calidad metodológica, no son concluyentes a la hora de mostrar una superioridad de un modelo de gestión de casos intensivo o asertivo comunitario frente a la atención ambulatoria estándar de los equipos de salud mental comunitarios (es importante resaltar que estos equipos del Reino Unido ofrecen un modelo intensivo e integral de gestión de casos; Department of Health, 2002). Estos resultados han sido interpretados en dos sentidos. En primer lugar, se ha indicado que en estos estudios (Prism y UK700) el tratamiento ofrecido a los grupos control era más elaborado y efectivo que el que se ofrecía en los estudios originales que mostraban mayor efectividad del TAC (Test y Stein, 1980). Por lo que las menores diferencias encontradas podrían ser debidas a la mayor similitud entre los dos tipos de intervenciones comparadas (Fiander, Burns, Mchugo y Drake, 2003). En segundo lugar, otros autores han considerado que en estos es-

tudios el modelo TAC utilizado no era fiel a los estándares, lo que explicaría la ausencia de diferencias (Marshall et al, 1999; Rosen y Teesson, 2001).

Para resolver este problema metodológico, el estudio REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment), también en el Reino Unido (Killaspy et al., 2006), fue diseñado controlando la adecuación a los estándares del tratamiento TAC comparado, de modo que las conclusiones no pudieran ser interpretadas como falta de fidelidad. Sin embargo, a pesar de este control, los resultados son similares a los de los estudios Prism y UK700, concluyendo que el modelo TAC no mejora, respecto al tratamiento comunitario estándar de los equipos de salud mental en el Reino Unido, ni los ingresos hospitalarios ni los resultados clínicos ni sociales (Killaspy et al., 2006). Con lo que la situación actual respecto a superioridad del modelo sigue siendo foco de debate.

Por último, cabe indicar que en una reciente revisión sistemática (Burns et al., 2007) se concluye que el TAC es más efectivo especialmente en pacientes de múltiple ingresos y que, de los componentes del modelo, el que parece mejorar más la efectividad es el concepto de trabajo en equipo, no resultado tan importante la ratio profesional/paciente.

En España, el desarrollo de equipos comunitarios para la atención de los trastornos mentales graves es muy irregular, tanto en lo que respecta a su distribución geográfica, como al tipo de programas desarrollados (Alonso, Bravo y Fernández, 2004). Las primeras experiencias sistemáticas que han tenido su reflejo en la literatura fueron en relación con el modelo de *gestión de casos* (Donás y Fernández-Liria, 1997). El primer equipo con denominación TAC en España fue desarrollado en Avilés en 1999 (Martínez Jambrina, 2008), y ha sido incluido como modelo de *buenas prácticas* en la estrategia de salud mental del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC, 2007).

El objetivo del presente estudio es el de evaluar la efectividad del Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PTAC) del Servicio de Salud Mental de Albacete (España), puesto en marcha en noviembre de 2002, en la reducción del número y días de ingreso en la *unidad*

*de hospitalización breve* para pacientes con trastorno mental, y de las atenciones de urgencias psiquiátricas.

## MÉTODO

### *Descripción del programa*

El PTAC del servicio de salud mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha dentro del Sistema Nacional de Salud español, se puso en marcha en noviembre de 2002, con el objetivo de proporcionar una intervención integral a aquellos pacientes que, con diagnóstico de «trastorno mental grave», no evolucionan favorablemente desde los equipos ambulatorios de salud mental. El programa lo componen, en su origen, una diplomada en enfermería, una auxiliar de enfermería y una trabajadora social (a tiempo parcial), un psiquiatra y un psicólogo clínico. El área de intervención se centraliza en la ciudad de Albacete, de una población aproximada de 160.000 habitantes. El programa toma la denominación de *asertivo comunitario* al considerar que cumple con la mayoría de las características de la filosofía del modelo (equipo multidisciplinar, intervención integral con énfasis en lo comunitario, ratio profesional/paciente relativamente pequeña y atención sin límites prefijados). La derivación se realiza desde los equipos ambulatorios de salud mental, o desde la unidad de hospitalización breve (UHB).

De forma general, aparte del diagnóstico de «trastorno mental grave», el perfil de pacientes atendidos es de dos tipos: pacientes con múltiples ingresos en la UHB y con mal ajuste a las consultas ambulatorias, y por otro lado, pacientes recluidos en su domicilio, con escaso contacto con los servicios sociales o sanitarios y con un marcado deterioro de su funcionamiento psicosocial.

El objetivo del programa no sólo ha sido reducir los días y el número de ingresos, sino también mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes, reducir su sintomatología y aumentar la satisfacción de los pacientes y familiares.

Para este fin se han puesto en marcha diversos tipos de intervenciones que pueden sintetizarse del siguiente modo: 1) intervenciones orientadas a establecer la alianza terapéutica y el «enganche»; 2) aportar soporte y continuidad de cuidados; 3) intervenciones orientadas al cumplimiento farmacológico; 4) mejorar la conciencia de enfermedad; 5) integración y búsqueda de actividades ocupacionales o laborales, y de ocio; 6) intervención en crisis y en descompensaciones clínicas; 7) asesoramiento en torno a prestaciones concretas; y 8) intervenciones psicológicas específicas (López-Santiago, 2007). Entre estas últimas destacan las intervenciones cognitivo conductuales en síntomas psicóticos (Cuevas y Perona, 1997; Chadwick, 2009), las estrategias de afrontamiento del estrés (Cañamares et al., 2001), los programas de rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia (Díaz, Cuevas y Izquierdo, 2011; Penadés y Gastó, 2010), y las intervenciones familiares (Tourinho, Ingloff, Baena y Fernández, 2004).

En síntesis, el objetivo ha sido intentar proporcionar a los pacientes atendidos aquellas intervenciones que han mostrado evidencia en el tratamiento de estos pacientes (Moraíra y Martínez, 2011; NICE, 2009; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Santiago, Martínez, Ibáñez y Sánchez, 1999) en el contexto y la filosofía de los TAC.

### *Descripción de la muestra*

La muestra total está formada por 55 pacientes atendidos a fecha de 31 de enero de 2008 en el PTAC de Albacete. Sus características descriptivas se presentan en la Tabla 1.

La mayoría de los pacientes son solteros (76,4%), 8 (14,5%) están casados o conviven con su pareja y 5 (9,1%) están separados o son viudos. Respecto al tipo de convivencia, 8 pacientes (14,5%) viven con familia propia, 29 (52,7%) viven con su familia de origen, el 21,8% (12 casos) viven solos y, finalmente, 6 pacientes (10,9%) viven en instituciones (pisos tutelados o residencias para personas con enfermedad mental). Respecto a los ingresos económicos propios, el 78,2% (42) reciben una

pensión por minusvalía, el 10,9% (6) tienen un trabajo remunerado y otros 6 no tienen en la actualidad ningún tipo de ingresos propios. Respecto a la situación de minusvalía, 92,7% (51) tienen reconocido algún grado. Finalmente, el 25,4% (14 pacientes) han sido incapacitados legalmente.

El periodo de tiempo en el que los pacientes de la muestra fueron atendidos en el PTAC era de entre 12 y 61 meses, con una media de 41,67 meses. En concreto, el 16,4% (9) llevaban en el programa entre 1 y 2 años, el 38,2% (21) llevaban en el programa entre 2 y 4 años y el 45,5% (25) llevaban incluidos en el programa más de 4 años. Los pacientes presentan en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) una puntuación media de 48,44 ( $DT = 12,3$ ), con un rango de 20 a 68.

El diagnóstico de los sujetos era realizado por el psicólogo clínico y el psiquiatra del PTAC siguiendo criterios diagnósticos DSM-IV-R (APA, 2002) mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). La valoración de la EEAG (APA, 2002) corresponde al momento de recogida de los datos.

### *Criterios de inclusión en el estudio*

Para el primer estudio, se seleccionaron para ser incluidos en el análisis 55 pacientes, de los 64 atendidos a en el PTAC de Albacete, al cumplir el criterio de permanencia de 12 meses en el programa. Un segundo estudio valoró aquellos pacientes tratados en el programa durante un periodo superior a 36 meses ( $N = 38$ ).

### *Variables estudiadas*

Para ambos grupos de pacientes se analizaron las variables «número total de ingresos», «número de urgencias psiquiátricas» y «número de días que permanecieron ingresados». Los datos fueron obtenidos a partir del programa informático HPDoctor en el que se registran, desde el año 1999, todas las incidencias respecto a consultas, urgencias y hospitalizaciones

del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

### Procedimiento

Para cada paciente, se analizaron las variables a estudio durante el mismo periodo de tiempo antes y después (pre- y post-) de ser atendidos en el PTAC. En concreto, en el primer estudio, para los mismos pacientes se analizaron datos 12 meses antes y después de su inclusión en el programa ( $N = 55$ ). Del mismo modo, para el segundo estudio, se analizaron datos 36 meses antes y después de su inclusión en el programa ( $N = 38$ ).

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra

	<i>M (DT)</i>	<i>Rango</i>
Edad media (DT)/Rango duración enfermedad	41,94 (12)	22-69 años
EEAG	18,04 (8,9)	5-41 años
	48,44 (12,3)	20-68 años
	<i>N (55)</i>	<i>%</i>
Hombre	30	54,5
Mujer	25	45,5
Diagnóstico		
Esquizofrenia	33	60,0
T. Esquizoafectivo	12	21,8
T. Bipolar	9	16,4
T. Personalidad límite	1	1,8
Residencia		
Familia origen	29	52,7
Familia propia	8	14,5
Piso tutelado/Residencia Solo	6	10,9
	12	21,8
Ingresos económicos		
Trabajo remunerado	6	10,9
Pensión	43	78,2
Minusvalía		
Ninguno	6	10,9
Situación jurídica		
Ninguna	41	74,5
Tutela	14	25,5

Nota. EEAG = Escala de Evaluación de la Actividad Global.

### Análisis estadísticos

Los resultados fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS 15.0 para Win-

dows. Se estudió la normalidad de la distribución de los datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los resultados indicaron que los datos no satisfacían los supuestos para aplicación de pruebas paramétricas, por lo que el análisis se realizó mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas. Para comparar variables dicotómicas se utilizó el estadístico no paramétrico de McNemar.

Para la estimación del tamaño del efecto se calculó el estadístico  $d$  de Cohen (1988) para grupos relacionados.

## RESULTADOS

### Resultados de la comparación pre-post a los 12 meses

Los resultados del estudio a los 12 meses ( $N = 55$ ) se muestran en la Tabla 2. Todas las diferencias son significativas, tanto para el número de ingresos como para el número de días ingresados y para el número de urgencias. Además, el estadístico  $d$  de Cohen muestra un tamaño del efecto medio para el número de ingresos ( $d = 0,67$ ) y un tamaño del efecto alto, tanto para el número de días de ingreso ( $d = 1,6$ ), como para el número de urgencias ( $d = 1,42$ ). En concreto, en este periodo de 12 meses el número de ingresos se redujo un 66,26% (de 83 a 28), el número de días de ingresos en un 83,13% (de 1.494 a 252) y el número de urgencias psiquiátricas disminuyó en un 81,81% (de 66 a 12).

El número de pacientes que ingresaron en el periodo pre- frente a los que ingresaron en el periodo post- disminuyó en un 64,60% (de 34 pacientes a 12) (ver Tabla 3). Los resultados resultan significativos al aplicar la prueba no paramétrica de McNemar ( $p < 0,001$ ).

Del total de pacientes ( $N = 55$ ), 34 habían sido hospitalizados en el periodo pre, y tan solo 12 en el post-. De estos 34, sólo 9 volvieron a ingresar posteriormente, ya que 3 de los pacientes ingresados en este periodo (de un total de 12) no habían ingresado previamente.

Tabla 2. Resultados del estudio Pre-Post de 12 meses ( $N = 55$ )

	Pre-, 12 meses antes		Post-, 12 meses después		Z	d
	Media	DT	Media	DT		
N.º Ingresos	1,51	1,93	0,51	1,49	-377***	0,67
Días de ingreso	27,16	37,46	4,58	14,07	-424***	1,60
N.º Urgencias	1,2	2,3	0,22	0,69	-315**	1,42

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Tabla 3. Tabla de contingencias para sujetos con y sin ingresos en el periodo Pre-Post 12 meses ( $N = 55$ )

	Periodo Post- (12 meses)		
	Con ingreso	Sin ingreso	Total
Periodo Pre- Con ingreso	9	25	34
Periodo Pre- Sin ingreso	3	18	21
Total	12	43	55

$p < 0,001$ .

### Resultados de la comparación pre-post a los 36 meses

Los resultados del estudio a los 36 meses ( $N = 38$ ) se muestran en la Tabla 4. Al igual que a los 12 meses, todas las diferencias son significativas, tanto para el número de ingresos, como para el número de días ingresados y para el número de urgencias.

Al igual que ocurre en la comparación a los 12 meses, el estadístico  $d$  de Cohen muestra un tamaño del efecto medio para el número de ingresos ( $d = 0,73$ ) y un tamaño del efecto alto, tanto para el número de días de ingreso ( $d = 1,16$ ), como para el número de urgencias ( $d = 2,7$ ). En este periodo de comparación de 36 meses en el programa, respecto a un periodo

de tiempo previo de tiempo equivalente, el número de ingresos se redujo en un 57,76% (de 116 a 49), el número de días de ingresos en un 70,38% (de 2.171 a 643) y finalmente el número de urgencias psiquiátricas en un 87,62% (de 105 a 13).

El número de pacientes que ingresaron en este periodo (de un  $N$  total de 38) pasó de 30 a 17 pacientes (reducción de un 43,33%) (ver Tabla 5). Estas diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

Del total de 38 pacientes, 30 habían tenido ingresos en el periodo pre-, y 17 en el periodo post-. De los 30 con ingreso pre-, en 16 persisten las hospitalizaciones posteriormente. Sólo ingresó un paciente en el periodo post- que no lo había hecho anteriormente.

Tabla 4. Resultados del estudio Pre-Post de 36 meses ( $N = 38$ )

	Pre-, 36 meses antes		Post-, 36 meses después		Z	d
	Media	DT	Media	DT		
N.º Ingresos	3,05	3,87	1,29	2,41	-3,59***	0,73
Días de ingreso	57,13	82,62	16,92	34,74	-4,11***	1,16
N.º Urgencias	2,84	5,01	0,35	0,92	-3,47***	2,70

\*\*\* $p < 0,001$ .

Tabla 5. Tabla de contingencias de sujetos con y sin ingresos en el periodo Pre-Post 36 meses ( $N = 38$ )

		Periodo Post- (36 meses)		
		Con ingreso	Sin ingreso	Total
Periodo Pre-	Con ingreso	16	14	30
	Sin ingreso	1	7	8
	Total	17	21	38

$p < 0,001$ .

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el PTAC de Albacete es un modo de tratamiento efectivo para reducir las atenciones hospitalarias de pacientes englobados dentro de la categoría de «trastornos mentales graves» (Rodríguez y Bravo, 2003). Los resultados son consistentes en mostrar que el programa ha logrado una reducción muy significativa de los ingresos hospitalarios en los dos periodos de estudio (12 y 36 meses), respecto al mismo tiempo de atención previa desde la Unidad de Salud Mental. El número de ingresos disminuyó en ambos periodos sobre un 60%, en ambos casos con un tamaño del efecto medio.

Respecto al número de días ingresados, la reducción fue especialmente significativa en el estudio a los 12 meses, en el que se pasó de 1494 días en el periodo pre- (con una media de 27,16 días por cada pacientes) a 252 días ( $M = 4,58$ ), lo que supuso una reducción del 83,13% de consumo total de días ingresados, con un tamaño del efecto alto ( $d = 1,6$ ). En el periodo de 3 años, aunque algo menor, la reducción también es muy significativa, con un 70,38% menos de días de ingreso.

Además de la reducción del número total de ingresos y de días ingresados, los datos también reflejan que son menos los pacientes que vuelven a reingresar mientras son atendidos por el PTAC. Esto es especialmente significativo durante el periodo de 12 meses, en el que de los 34 pacientes que habían ingresado en el periodo *pre-*, únicamente reingresaron 9, además de otros tres pacientes que tuvieron su primer ingreso durante ese periodo.

También son muy significativos los datos respecto a la reducción de las urgencias, que en ambos periodos es superior al 80%, y que en el

estudio a 36 meses, presenta un tamaño del efecto grande ( $d = 2,7$ ). Esta reducción de las consultas de urgencias, que ha resultado ser uno de los aspectos más consistentes temporalmente del programa, puede ser atribuible a que el equipo, al mostrarse disponible y accesible al paciente, ha sido útil para poder controlar la mayoría de las consultas de urgencia que no eran promovidas por una descompensación clínica para la que fuera necesario un ingreso urgente. Estas consultas de urgencias, habitualmente son demandadas, por ejemplo, para solicitar ajustes de tratamiento, para resolver conflictos familiares o ante situaciones de desesperanza o búsqueda de apoyo. Necesidades que, en su mayor parte, eran resueltas directamente desde el PTAC.

Consideramos también importante resaltar que los pacientes de la muestra presentan unas características de gravedad y dependencia muy elevadas, en la línea de los pacientes que en la literatura se plantea la necesidad de un tratamiento comunitario intensivo (Departament of Health, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Entre las que destacan las siguientes: el 78,2% reciben una pensión de minusvalía, aproximadamente el 64% son dependientes de su familia de origen o están institucionalizados (pisos tutelados, etc.), el 25,5% están legalmente incapacitados, y la puntuación media de la escala de valoración de funcionamiento psicosocial (EAEG) se sitúa en 48,44.

Desde nuestro punto de vista, uno de los principales factores que permiten explicar los resultados positivos del estudio está relacionado con las características del tratamiento previo recibido por los pacientes, que estaba basado fundamentalmente en un modelo de consultas psiquiátricas ambulatorias, en el que es el paciente el que tiene que adaptarse a las caracte-

rísticas del dispositivo. Es decir, de un modelo ambulatorio y muy poco intensivo se ha pasado a una atención más intensiva, integral, comunitaria y centrada en las necesidades del paciente. Es previsible que, con la puesta en marcha de los procesos asistenciales que se están desarrollando en la actualidad en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, se dé un cambio significativo en esta situación. Específicamente, el proceso de atención al paciente con «trastorno mental grave» incluye, de forma generalizada para todos los pacientes con este diagnóstico, elementos como el seguimiento comunitario, la continuidad de cuidados o la gestión de casos.

Otro aspecto relevante a analizar es si el programa es *fiel* al modelo TAC (Teague et al., 1998) y por tanto, si su éxito puede atribuirse a las características del modelo. Consideramos que en su filosofía (asertividad a la hora de proporcionar cuidados a los pacientes) y en algunas de sus características esenciales, como la de ser un equipo multidisciplinar de dedicación exclusiva a los pacientes y que proporciona de modo directo la mayor parte de las intervenciones terapéuticas, sí creemos que el programa ha sido fiel al modelo. No obstante, en otros aspectos como la cobertura permanente, la ratio profesional/paciente 1:10, o el trabajo casi exclusivamente en la comunidad, el cumplimiento de las directrices TAC ha sido incompleto.

Sin embargo, parece que son la filosofía del programa y el trabajo integral en equipo, más que una ratio concreta paciente/profesional, los factores que más garantizan la efectividad del modelo (Burns et al., 2007). Por otra parte, estamos de acuerdo con Thornicroft y Tansella (2004) cuando afirman que «no existen ni argumentos convincentes ni evidencia científica a favor del uso de únicamente servicios hospitalarios. Por otro lado, no hay evidencia de que utilizar exclusivamente recursos comunitarios proporcione comprensivos y satisfactorios cuidados. Tanto la evidencia científica como la experiencia clínica sugieren una aproximación equilibrada que incluya elementos de ambos» (p., 288).

Los resultados de nuestro estudio son consistentes con los habitualmente reflejados en la

literatura (Bond et al., 1995; Phillips, 2001), aunque más próximos a aquellos primeros estudios sobre el TAC (p.ej., Stein y Test, 1980) que recogían mayores diferencias. Resultados que no han sido reproducidos de modo tan significativo en otros estudios más recientes (p.ej., Killaspy et al., 2006).

Los resultados, aunque no tienen la consistencia de los datos de un estudio experimental de asignación de un tratamiento de modo aleatorizado, sí tienen el valor de ser resultados de efectividad de un trabajo desarrollado en condiciones de investigación naturalista, aspecto especialmente necesario para el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010). No obstante, los estudios de comparación pre-post han sido una metodología habitualmente utilizada para evaluar la puesta en marcha de programas de TAC (Bond, McGrew y Fekete, 1995) y es frecuente encontrarla en estudios recientes (Bak et al., 2007; Horiuchi et al., 2007; Udechucu et al., 2005).

Somos conscientes de que nuestro estudio presenta una serie de limitaciones que dificultan la generalización de los resultados, como son la ausencia de aleatorización a la hora de asignar los sujetos a la intervención, la no existencia de un grupo control de comparación que no hubiera pasado por el programa, la dificultad para definir en qué ha consistido la intervención previa a la incorporación al programa y la ausencia de otros datos referentes a variables clínicas y de desempeño psicosocial.

Respecto a este último punto, queremos resaltar que nuestra labor no ha tenido una finalidad economicista, ni ha estado centrada en la reducción de ingresos como fin en sí mismo. La mejora del funcionamiento psicosocial y la satisfacción de los pacientes ha sido nuestro principal objetivo. Pero el estar centrados en la clínica y con el principal objetivo de resolver las complejas situaciones que cada uno de nuestros pacientes no han marcado, no nos han permitido sistematizar la medición de los cambios en la valoración psicosocial y clínica, de modo que podamos acompañar los resultados aquí ofrecidos con otros de carácter más clínico y psicosocial.

## REFERENCIAS

- Alonso, M., Bravo, M. F., y Fernández-Liria, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, 25-52.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4.<sup>a</sup> ed., texto revisado). Barcelona: Masson. (Versión original inglesa, 2000).
- Appleby, L. (2004). *The national service framework for mental health - five years on*. Londres: Department of Health.
- Bak, M., van Os, J., Delespaul, P., de Bie, A., á Campo, J., Poddighe, G., y Drukker, M. (2007). An observational, «real life» trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 125-30.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., y Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bond, G. R., McGrew, J.H., y Fekete, D. M. (1995). Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *Journal Mental Health Administration*, 22, 4-16.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts C., Lockwood, A., y Marshall M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336-340.
- Burns, T., Fioretti A., Holloway F., Malm U., y Rössler W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Service*, 52, 631-36.
- Cañamares, J. M., Castejon, M. A., Florit, A., González J., Hernández, J. A., y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid Ed. Síntesis.
- Chadwick, P. (2009). *Psicoterapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuevas, C., y Perona, S. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 275-291.
- Deci, E. A., Santos, A. B., Hiott, D. W., Schoenwald, S., y Dias, J. I. (1995). Dissemination of ACT programs. *Psychiatric Services*, 46, 676-678.
- Department of Health (2002). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. Community Mental Health Teams. London: Department of Health.
- Díaz, L., Cuevas, C., y Izquierdo, J. M. (2011). Técnica de entrenamiento en atención para el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 145-154.
- Donas, M., y Fernández Liria, A. (1997). Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. En S. Rebolledo. (Ed.), *Rehabilitación Psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago.
- Drukker, M., Maarschalkerweerd, M., Bak, M., Driessen, G., á 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* 4, 93.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberria, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Fernández Liria, A., García Rojo, M. J. (1990). Los programas de «Case Management»: Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, 5-15.
- Fiander M., Burns T., Mchugo J. G., y Drake R. E. (2003). Assertive community treatment across the atlantic: comparison of model fidelity in the UK And USA. *British Journal of Psychiatry*, 182, 248-254.
- First, M., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson.
- Horiuchi, K., Nisihio, M., Oshima, I., Ito, J., Matsuoka, H., y Tsukada, K. (2006). 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. *Clinical Practice Epidemiological Mental Health*, 31, 2: 18.
- Killaspay, H., Bebbington, P., Blizard, R., et al. (2006). The REACT study: A randomised evaluation of assertive community treatment in North London. *British Medical Journal*, 332, 815-820.
- López-Santiago J. (2007). *El papel del psicólogo clínico en los equipos de seguimiento comunitario al trastorno mental grave*. Poster presentado al V World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Barcelona, 12-14 de Julio.
- López-Santiago J. (2010). Tratamiento asertivo comunitario. En A., Cangas, e V., Ibáñez (Eds.), *Perspectivas actuales en el tratamiento de los trastornos mentales graves*. Granada: Editorial Alborán.
- Marshall, M., Bond, G., Stein, L. I., Shepherd, G., McGrew, J., Hout, J., et al. (1999). PriSM Psychosis Study. Design limitations, questionable conclusions. *British Journal of Psychiatry*, 175, 501-503.

- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. y Green, R. (2002). Case management for people with severe mental disorders (Cochrane review). *Cochrane Library* (Issue 3). Oxford: Update Software.
- Marshall, M., y Lockwood, A. (2002) Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). *Cochrane Library* (Issue 3). Oxford: Update Software.
- Martínez Jambрина, J. J. (2008). El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: Un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, 147-159.
- Marx, A. J., Test, M. A., y Stein, L. L. (1973). Extrahospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.
- McGrew, J., y Bond, G. R. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113-125.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2007). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: MSyC.
- Moraira, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., y Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 37-74.
- NICE (2009). *Clinical Guideline 82. Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Penadés, R., y Gastó, C. (2010). *Tratamiento de rehabilitación neurocognitiva de la esquizofrenia*. Barcelona: Herder
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Phillips, S. D., Burns, B., Edgar, E.R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., Drake, R. E., y McDonel-Herr, E. C. (2001). Moving Assertive Community Treatment In to Standard Practice. *Psychiatry Services*, 52, 771-779.
- Rodríguez, A., y Bravo, M. F. (2003). Marco General y Conceptualización. En C. Gisbert (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno mental Severo*. Madrid: AEN.
- Rosen, A. y Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 731-746.
- Rosen, A., Mueser, K. T., y Teesson, M. (2007). Assertive Community Treatment\_Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44, 813-826.
- Santiago, E., Martínez de Salazar, A., Ibáñez, J. C., y Sánchez, M. J. (1999). Aproximaciones psicológicas al tratamiento de las esquizofrenias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 181-201.
- Stein, L. I., Test, M. A., y Marx, A. J. (1975). Alternative to the hospital: A controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 517-522.
- Stein, L. I., y Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: Norton.
- Stein, L. I., y Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Teague, G. B., Bond, G. R., y Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
- Test, M. A., y Stein, L. I. (1980) Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37, 409-412.
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Jonhson, S, Smukler, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM psychosis study, 10. *British Journal of Psychiatry*, 173, 423-427.
- Thornicroft, G., y Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E., y Fernández, J. (2004). *Guía de intervención familiar en la Esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Udechuku, A., Olver, J., Hallam, K., Blyth, F., Leslie, M., Nasso, M., Schlesinger, P., Warren L., Turner, M., y Burrows G. (2005). Assertive community treatment of the mentally ill: service model and effectiveness. *Australasian Psychiatry*, 13, 129-34.
- UK700 group (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 74-78.
- UK700 group (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. Uk700 case management trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 537-543.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., y Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- Ziguras, S. J., y Stuart, G. W. (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1422.