



Desarrollo de Programas de
Tratamiento
Asertivo Comunitario
en Andalucía.
Documento marco



Desarrollo de Programas de

Tratamiento

Asertivo Comunitario

en Andalucía.

Documento marco

Con la financiación de Fondos de Cohesión
del Ministerio de Sanidad y Política Social
y el patrocinio de la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Elabora Servicio Andaluz de Salud

Edita Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Diseño Catálogo

Imprime Alsur S.C.A.

Depósito Legal Gr-4.597/2010

ISBN 978-84-693-6803-9

Todos los derechos reservados

equipo de elaboración

Jesús de la Higuera Romero (Coordinador)

*Psicólogo clínico. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Puerto Real. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental
Puerto Real*

Fátima Anguita Duarte

*Monitora. Fundación Andaluza para la Integración Social
de personas con Enfermedad Mental (FAISEM) Jerez*

Amalio Bueno Heredia

*Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Jerez.
Comunidad Terapéutica de Salud Mental San Miguel*

Pilar Castellanos Gallo

*Trabajadora social. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Unidad de Salud Mental Comunitaria Mairena*

Consolación de la Montaña Tato

*Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Puerto
Real. Unidad de Salud Mental Comunitaria Bahía*

M^a del Carmen Fernández García

*Terapeuta ocupacional. Unidad de Gestión
Clínica de Salud Mental Sur de Granada.
Hospital de Día de Salud Mental Motril*

Álvaro Medina Pérez

*Enfermero especialista en Salud Mental.
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Jerez.
Unidad de Salud Mental Comunitaria de Jerez*

María Victoria Ortega Aguilar

*Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Regional de Málaga. Programa PISMES*

Ana María Rodríguez Savart

*Auxiliar de Enfermería. Unidad de Gestión
Clínica de Salud Mental Rocío.
Comunidad Terapéutica de Salud Mental
Virgen del Rocío*

equipo de revisión

Evelyn Huizing

*Enfermera Especialista en Salud Mental. Asesora Técnica
Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla*

Begoña Isac Martínez

Técnica. Escuela Andaluza de Salud Pública

Almudena Millán Carrasco

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Antonio Olry Labry de Lima

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública



índice

1	Introducción	9
1.1.	La Atención a la Salud mental en el sistema sanitario público en España: marco legislativo, devenir histórico	11
1.2.	La Reforma psiquiátrica en Andalucía: principios rectores. El Modelo Comunitario	14
1.3.	Nuevas líneas estratégicas de desarrollo de la atención en Salud mental en Andalucía: el PISMA II	16
1.4.	La realidad actual en la atención a los trastornos mentales graves en la comunidad autónoma	19
1.4.1.	Datos de incidencia y prevalencia	19
1.4.2.	De las intenciones teóricas a la realidad de los servicios	21
1.4.3.	Expectativas de pacientes y familiares	25
2	Programas TAC: Una perspectiva general	29
2.1.	Contexto asistencial de desarrollo	31
2.2.	Características básicas, principios rectores	35
2.3.	Datos experimentales, niveles de evidencia, criterios de calidad	40
2.4.	Experiencias de diseminación de estos programas	53
2.4.1.	Experiencias europeas	53
2.4.2.	Experiencias en España	59
2.5.	Cuestiones éticas	62
3	Implementación de los ETAC en Andalucía	67
3.1.	Objetivos generales y específicos de la intervención	69
3.1.1.	Objetivos generales	70
3.1.2.	Objetivos específicos	74
3.2.	Perfil de pacientes diana: criterios de entrada y salida del programa	87
3.2.1.	Criterios de inclusión	89
3.2.2.	Criterios de salida	91
3.3.	Criterios de derivación	92

3.4. Composición y funcionamiento del equipo de tratamiento asertivo comunitario	94
3.4.1. Composición de los equipos	95
3.4.2. Distribución de roles y competencias profesionales	104
3.4.3. Dinámica de trabajo	109
3.4.4. Actividades a desarrollar. Cartera de servicios	113
3.4.5. Proceso	117
3.4.6. Recursos	121
4 Dinámica de evaluación: proceso y variables implicadas	125
4.1. La evaluación individual: dinámica e instrumentos	128
4.2. Indicadores asistenciales de actividad del equipo	137
5 Conclusiones	143
Bibliografía	151
Índice de siglas y abreviaturas	171

CD adjunto al libro

1. Dossier de información para profesionales
2. Dossier de información para personas usuarias y familiares
3. Dossier de escalas de evaluación:
 - 3.1. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
 - 3.2. Habilidades básicas de la vida diaria. Basic Everyday Living Skills (BELS)
 - 3.3. Cuestionario de Satisfacción. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)
 - 3.4. Escala de funcionamiento social y ocupacional. Social Occupational Functioning Scale (SOFS)
 - 3.5. Versión abreviada del cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades. Camberwell Assessment of Need short appraisal schedule (CANSAS-P)
 - 3.6. Escala de evolución HoNOS. Health of the Nation Outcome Scales (HONOS)

1

introducción

1.1. La Atención a la Salud mental en el sistema sanitario público en España: marco legislativo, devenir histórico

El cambio sociopolítico que se inició en nuestro país a finales de los 70 tuvo su consecuente reflejo en el ámbito sanitario. Reconocida la protección a la salud como un derecho constitucional, se requiere a las administraciones públicas para adoptar las medidas necesarias para garantizarlo. Fue preciso poner en marcha una profunda reforma del sistema sanitario, que terminó por dar lugar al actual Sistema Nacional de Salud (SNS), que, formado por el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas y la administración del estado, ofrece en la actualidad una cobertura universal e integral de la salud en dos niveles de atención, primaria y especializada, de acuerdo con el espíritu de la Ley General de Sanidad, Ley 14/86 de 25 de abril.

En el plano de la Salud mental la reforma no fue menos urgente. Partíamos de una asistencia manicomial y marginadora, con dispersión de competencias administrativas. En este contexto, se crea, por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983, la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En abril de 1985 se publica el informe elaborado por dicha

Comisión. En el se contenían tres ejes: el primero proponía *un nuevo modelo de atención a la Salud mental* orientado hacia la comunidad; el segundo lo constituían *las recomendaciones generales* para llevar a cabo el proceso de cambio, y el tercero, explicitaba el compromiso de *vincular estos cambios* al movimiento global de reforma sanitaria. La transformación de los hospitales psiquiátricos era un elemento esencial, planteándose el conjugar la misma con el desarrollo de recursos alternativos sanitarios y de apoyo sociolaboral (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985).

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

De manera mas reciente han acontecido dos hechos que creemos necesario subrayar por su relevancia potencial como agentes dinamizadores de cambio. El primero de ellos lo constituye la Declaración sobre Salud Mental para Europa, que considera la Salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta declaración insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en Salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social. Estas estrategias han de estar sustentadas en la potenciación de la atención comunitaria y de las redes integrales de cuidados y han de tener

como objetivos prioritarios la lucha contra el estigma y la discriminación, el fomento de la inclusión social y la protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas (OMS, 2005).

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

1.2. La Reforma psiquiátrica en Andalucía: principios rectores. El Modelo Comunitario

El desarrollo de la Reforma psiquiátrica en Andalucía avanza paralelamente a lo acontecido en España. En 1979, las provincias de Sevilla, Jaén y Málaga, comienzan los primeros movimientos reformadores, pero no será hasta 1982, cuando se ponga en marcha de forma generalizada la Reforma psiquiátrica en Andalucía.

En ese momento la atención a la Salud mental estaba caracterizada por la multiplicidad y descoordinación de las redes de atención públicas que tenían competencia en este ámbito (Diputaciones Provinciales, Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, Hospitales Clínicos Universitarios, Instituto Social de la Marina). La fragmentación favorecía la separación del sistema sanitario general, existiendo además un inadecuado dimensionamiento y distribución territorial de los recursos (tanto públicos como privados).

La Consejería de Salud fue la encargada de planificar e implantar la reforma psiquiátrica para lo cual se promovió la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) en 1984. Uno de los ejes alrededor del cual se articulaba esta reforma fue el proceso de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos. En paralelo a este proceso se trazaron diversas líneas estratégicas que pasaban por el impulso del modelo de atención comunitaria, la creación de nuevos equipos multidisciplinares de tratamiento y el diseño y puesta en marcha de una red de Salud mental única e integrada en el sistema sanitario general.

Un hito importante fue la creación del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el año 1986, en el que estaban destinados a integrarse los servicios que se habían generado. Las Áreas de Salud Mental se configuraron como las estructuras funcionales y de gestión básicas que adoptaría el SAS para la coordinación de los nuevos dispositivos de atención a la Salud mental.

Conforme avanzaban los cambios en el ámbito sanitario, y frente a los problemas de reinserción social de larga evolución, sobre todo en lo referente a los Trastornos Mentales Graves (TMG), el Parlamento Andaluz aprobó en 1993 la creación de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), entidad pública participada por cuatro Consejerías: Salud, Servicios Sociales, Trabajo y Economía y Hacienda. FAISEM nació con la finalidad de coordinar y gestionar recursos de las diferentes Consejerías para dar una respuesta eficaz a las necesidades de las personas con enfermedad mental en el ámbito no sanitario (necesidades residenciales, ocupacionales, sociolaborales, etc.).

Junto a los hechos históricos reseñados es importante, por su trascendencia, citar dos más recientes:

1. El primero se refiere a la publicación del Proceso Asistencial Integrado sobre Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006). Este proceso, al margen de suponer un reconocimiento explícito de la importancia que este tipo de cuadros tiene en la clínica, plantea la necesidad de un abordaje integral, coordinado y basado en procedimientos respaldados por la evidencia científica. Un dato adicional a mencionar es que en este documento se menciona la necesidad de crear equipos o programas

que puedan realizar funciones de seguimiento y apoyo continuado a pacientes con «conductas disruptivas y en situación de aislamiento social, abandono y baja adherencia al tratamiento», basados en el modelo funcional de Tratamiento Asertivo en la Comunidad (TAC).

2. El segundo tiene que ver con la publicación del Decreto 77/2008 de 4 de Marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del SAS (Consejería de Salud, 2008). Este decreto organiza los dispositivos de Salud mental en Unidades de Gestión Clínica. En él se continúa haciendo una clara apuesta por el modelo de atención comunitario, por los equipos de trabajo multidisciplinares, la continuidad asistencial y de cuidados, la cultura de trabajo conjunto con el nivel primario de salud y el desarrollo de programas intersectoriales.

1.3. Nuevas líneas estratégicas de desarrollo de la atención en Salud mental en Andalucía: el PISMA II

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) establece unas estrategias prioritarias de actuación, entre las que está incluido el tratamiento asertivo comunitario, además de la atención a las personas en riesgo o en situación de exclusión social. En el ámbito concreto del tratamiento asertivo establece los siguientes objetivos específicos:

1. Establecer desde la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental, programas de tratamiento y cuidado intensivo comunitarios para las personas con TMG de difícil abordaje, adaptados a las características del modelo comunitario de atención a la Salud mental existente en Andalucía, y basado en la mejor evidencia científica posible.
2. Definir con precisión los criterios de inclusión para acceder a estos programas, determinando límites de entrada y salida, y garantizando la equidad de acceso.
3. Dotar a la red asistencial con los recursos necesarios para llevar a cabo estos programas.
4. Garantizar una coordinación adecuada entre las administraciones y los dispositivos intersectoriales implicados en la atención a este grupo de pacientes, que permita la continuidad en el desarrollo de su plan de tratamiento.

Las actividades que se detectaron como necesarias dentro de la estrategia para la implantación de estos programas fueron:

1. Crear un grupo de trabajo que elabore directrices a nivel regional, con los objetivos y actividades de los programas de tratamiento asertivo comunitario, basados en el Proceso Asistencial Integrado TMG y en el modelo funcional de los modelos asertivos comunitarios, y que defina los criterios de inclusión para acceder a los mismos.

2. Identificar los recursos humanos y los cambios organizativos para el desarrollo de estos programas.
3. Implantar en las UGC de Salud Mental los programas de tratamiento asertivo comunitario según las directrices que se establezcan a nivel regional.
4. Ofertar un plan de formación específica para profesionales que participen en los programas TAC.
5. Establecer en el seno de las comisiones intersectoriales provincial y central acuerdos para el desarrollo de estos programas, asumiendo cada entidad la implicación necesaria para su desarrollo.

El presente documento nace, pues, como fruto de una necesidad detectada dentro de la propia organización sanitaria. Consiste en desarrollar nuevos formatos de respuesta a nivel asistencial que, con criterios de calidad y eficiencia, se ajusten a las necesidades emergentes y cambiantes de las personas usuarias de los servicios de Salud mental. Concretamente, en nuestro caso, se trata de ofrecer respuesta a quienes, por la naturaleza de su proceso patológico, exhiben más dificultades para el abordaje normalizado desde las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).

1.4. La realidad actual en la atención a los trastornos mentales graves en la comunidad autónoma

1.4.1. Datos de incidencia y prevalencia

El Estudio Europeo de Epidemiología sobre Trastornos Mentales (ESEMeD) concluyó, sobre la submuestra evaluada en la fase de entrevista clínica en población española (Haro, 2003), que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines en España estaría alrededor de 7 casos por 1.000 habitantes, similar a la hallada en estudios internacionales (Haro, 2006). La prevalencia asistida¹ de esquizofrenia obtenida por medio de los siete registros de casos que funcionaban en España en 1998 se sitúa entre 2 y 4,5 casos por cada 1.000 habitantes.

No se dispone de datos en Andalucía sobre el número de personas con TMG, ya que el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) ofrece datos diagnósticos, no de discapacidad. En este sentido, es de destacar la iniciativa emprendida en Málaga en el año 2003, que ha culminado con la publicación del registro de casos de esquizofrenia (Moreno-Küstner, 2009), cuyos datos nos permiten interesantes reflexiones sobre la atención de las personas con TMG en la red pública andaluza. En cualquier caso, parece que hay cierto consenso en la literatura internacio-

¹ Prevalencia asistida: tasa de personas con esquizofrenia atendidos por los servicios sanitarios en relación a la población del área geográfica de referencia de los servicios.

nal en que la prevalencia de los TMG estaría entre 2,5 y 3 casos por cada 1.000 habitantes en población general. El proceso TMG cifra la prevalencia de estos casos en nuestro entorno entre 1,5 y 2,5 casos por cada 1.000 habitantes (Consejería de Salud, 2006).

Algunos estudios señalan que, aproximadamente, un 50% de los casos de esquizofrenia no reciben la atención adecuada y deberían ser incluidos en programas específicos de atención (Coldwell y Bender, 2007; Allred y cols., 2005; Längle y cols., 2005; Timms, 2005). Aunque no cabe duda de que la realidad que apuntan estos trabajos está muy mediatizada por el contexto en el que surgen y las debilidades concretas del sistema sanitario que tienen como referencia (en este caso el estadounidense, menos coordinado y con menor prestación de servicios públicos que el español), tampoco es menos cierto que plantean una cuestión de fondo sobre la que merece la pena reflexionar y que, con matizaciones, puede terminar por parecernos cercana. En nuestro país y en nuestra comunidad autónoma, a pesar de que los servicios dan una respuesta más eficaz y que se han puesto en marcha actuaciones, como el propio Proceso Asistencial Integrado TMG, que han permitido una mayor protocolización de la atención, todavía existe un porcentaje de usuarios/as que, sin llegar a las cifras antes mencionadas, puede estar recibiendo una atención inadecuada o deficiente.

Este déficit de atención a las personas con TMG se evidencia, diariamente, en aspectos fácilmente medibles como el número de reingresos en las unidades de hospitalización o el elevado número de personas sin hogar que padecen un TMG (entre el 30 y 40%) (Längle y cols., 2005; Muñoz,

Vázquez y Vázquez 2003). Este último fenómeno preocupa claramente a las autoridades sanitarias. De hecho, la atención a las personas en riesgo o en situación de exclusión social es otra de las líneas de actuación prioritarias para el II PISMA (Consejería de Salud, 2008).

1.4.2. De las intenciones teóricas a la realidad de los servicios

La Salud mental comunitaria es una forma de concebir los procesos de salud-enfermedad en general y, en concreto, lo terapéutico como inevitablemente enraizado en el contexto de la vida de las personas y los grupos. En nuestro país la Psiquiatría comunitaria hizo acto de presencia con mucho retraso respecto a otros países occidentales. Sin embargo, han pasado ya más de dos décadas desde que se iniciaron los procesos de Reforma psiquiátrica, que terminaron con el movimiento de desinstitucionalización y la creación de servicios y redes de Salud mental comunitarias alternativas a las antiguas instituciones.

En Andalucía, la apuesta por una psiquiatría de base comunitaria ha sido fuerte, desarrollándose una red de atención especializada diversificada y bien distribuida geográficamente, contándose con equipos multidisciplinares que interactúan desde los distintos niveles asistenciales, apoyando y apoyándose en el nivel primario de atención. Hoy día parece incuestionable que un trabajo en red con el eje en la comunidad es la opción terapéutica más eficaz para atender a pacientes con trastornos mentales más graves.

La preocupación por este colectivo ha sido y es patente entre gestores y profesionales de la Salud mental. La necesidad de identificar esta población, de delimitar sus necesidades y las respuestas concretas que los servicios han de proveer, ha culminado en nuestra comunidad con la ya mencionada puesta en marcha del Proceso Asistencial Integrado TMG, en el año 2006 (Consejería de Salud, 2006).

Podría parecer que los recursos están creados y la filosofía de trabajo está clara. Sin embargo, el sentir general, tanto de profesionales como de usuarios/as y familiares es que hace falta intensificar los esfuerzos de trabajo sobre este colectivo (Consejería de Salud 2003). ¿Qué ha podido fallar? Quizá la realidad más palpable es que la visión idealizada inicial, que mantenía que con solo la articulación de nuevos servicios en la comunidad se iba a tener garantizada una atención de calidad a los/as pacientes con patologías más graves, no se ha cumplido. Son reseñables al menos 3 factores como responsables de tal hecho (Alonso, Bravo y Fernández 2004; Hernández 2003):

1. Los servicios están actualmente colapsados. Los dispositivos comunitarios de atención especializada en Salud mental se han visto desbordados por demandas de atención de personas con trastornos mentales comunes. Se ha pasado del extremo de considerar estigmatizante acudir a un servicio de psiquiatría, a solicitar consulta ante cualquier adversidad de la vida cotidiana. Las personas con dificultades de adaptación y/o trastornos mentales menores bloquean la capacidad operativa de las unidades, exhibiendo además mucha más capacidad de reclamar sus derechos, de exigir su atención. Esta sobrecarga de los servicios de Salud mental por personas que sufren trastornos mentales comunes (sufren, por supuesto,

y tienen derecho a ser atendidas) ha ido en detrimento de la atención a las personas con trastornos mentales más graves. La puesta en marcha de los procesos asistenciales integrados en nuestra comunidad autónoma, ha supuesto un intento de regulación y filtraje de estas demandas, pero su desarrollo e implantación real en la clínica está aún muy lejos de los estándares deseables, por lo que, en nuestra opinión, la contención eficaz y efectiva de las mismas es, todavía, más un deseo que una realidad.

2. Las unidades que nacieron sobre la base de un modelo de trabajo comunitario se han ido atrofiando en sus principios y formas de actuación. Así, aunque prácticamente en su totalidad, los dispositivos continúan aludiendo a su filosofía comunitaria, no articulan realmente sus respuestas con tal fin. La realidad actual pone de manifiesto una importante decadencia en cuanto a los principios rectores iniciales. Es cada vez más patente realización de un trabajo donde la rutina y la atención en el despacho emergen por encima de la valoración comprensiva de necesidades y potencialidades de las personas atendidas. Las intervenciones comunitarias son anecdóticas y recaen de manera casi exclusiva en el personal de enfermería. Existe además una manifiesta falta de proactividad en los dispositivos. Todos estos elementos llevan a que las personas afectadas por un TMG, que suelen manifestar además problemas de vinculación, aún estando necesitadas, queden excluidas de la atención y sufran un elevado riesgo de cronificación en la comunidad.

Aunque, como hemos mencionado anteriormente, la sobrecarga asistencial es un factor a tener en cuenta en la determinación de esta realidad, bajo el manto de este argumento puede también esconderse un

desinterés de los y las profesionales por proveer seguimiento comunitario a los casos más graves, prefiriendo dedicar el esfuerzo a pacientes menos disruptivos/as y clínicamente más agradecidos/as.

Parece claro que, una cosa es apostar por una filosofía comunitaria y otra muy distinta que los servicios actúen con esta vocación. Lo comunitario, en definitiva, es algo más que llevar los recursos a una dirección postal, fuera del hospital, donde se presta atención ambulatoria. En la práctica, es tan importante poder contar con los servicios como que estos den respuesta real a las necesidades para las que se crearon (Thornicroff y Tansella, 2004).

3. Las realidades anteriormente citadas han hecho emerger otra cada vez más patente: las personas más graves continúan, ahora ya en sus casas, sin recibir una atención adecuada. A los ya citados problemas de vinculación, derivados en buena medida de la propia psicopatología y la falta de conciencia de enfermedad, se une la manifiesta imposibilidad que estas personas (y en muchos casos también de sus familias) tienen para moverse fluidamente por el entramado de servicios que potencialmente les puede atender. Así, aunque la red de recursos es buena, diversificada y partimos de un sistema sanitario fuerte, ofrecemos un modelo de atención fragmentado que puede terminar por alejar del mismo a las personas con afectaciones más graves, con el consiguiente riesgo de pérdida, sobre todo cuando sus cuidadoras o cuidadores principales se agotan o desaparecen.

Es curioso observar cómo, precisamente, este perfil de personas usuarias está empezando ya a generar, en parte del colectivo profesional,

la vuelta a lo que podríamos llamar «necesidades clásicas». Estas necesidades se centran las más de las veces en la disponibilidad de camas o recursos residenciales donde poder alojar a estas personas, independientemente de su edad, familia o posibilidades alternativas de contención en el medio comunitario. En este sentido, la incapacidad de encontrar respuestas en los equipos de trabajo parece llevar siempre y de manera inexorable al mismo tipo de planteamiento: la desmoralización, la desestimación de las posibilidades de cambio personal y el desplazamiento del cuidado hacia otras instancias de la red de servicios. Sin embargo, como apunta Sarraceno (2009) el término «cama» no debe ser el eje por el que se mida la calidad y potencia de un servicio, la palabra clave ha de ser «oportunidad», es decir la capacidad real que cada servicio tiene para ofrecer opciones de realización y crecimiento personal al usuario o usuaria. La cama es un accidente, un fracaso; la apuesta era y sigue siendo mantener a las personas afectadas en pie.

1.4.3. Expectativas de pacientes y familiares

El objetivo prioritario de todo sistema sanitario es proveer una atención de calidad. De manera tradicional, el constructo calidad asistencial se ha relacionado con cuestiones vinculadas a la calidad científico-técnica o a la eficiencia. Sin embargo, hoy día parece cada vez más claro que las dimensiones apuntadas son insuficientes a la hora de definir de forma comprensiva el concepto. La inclusión de la perspectiva de la persona usuaria se torna un elemento clave. Ajustar las actuaciones, en mayor medida, a sus necesidades percibidas se convierte en una fuerza ge-

neradora de nuevos retos y respuestas para la propia administración sanitaria (Tunner y Salzer, 2006).

En el marco de elaboración del II PISMA y con el fin de detectar oportunidades de mejora en la calidad asistencial, se analizaron las necesidades y expectativas expresadas por las personas con trastorno mental, sus familiares y por los/as profesionales implicados/as en la atención (Consejería de Salud, 2008).

En lo que respecta a los planteamientos expresados por personas usuarias y familiares, creemos destacables algunas cuestiones:

1. La primera de ellas tiene que ver con la valoración positiva de la atención que reciben en los diferentes dispositivos y por parte del personal sanitario.
2. La segunda se ocupa de las áreas de mejora percibidas, básicamente centradas en tres aspectos:
 - la necesidad de un tratamiento individualizado, no exclusivamente farmacológico,
 - el que el sistema garantice una adecuada continuidad asistencial,
 - el que se articulen procedimientos que permitan una adecuada atención domiciliaria a las personas con patologías más graves, que se encuentren en situación de desvinculación y/o en riesgo de crisis.

Estas áreas de mejora son plenamente congruentes con la visión que desde la propia clínica pueden tener un alto porcentaje de profesionales. Parece claro, pues, que la administración sanitaria ha de realizar un esfuerzo por dar una respuesta eficaz a estas demandas, instaurando nuevos formatos de actuación que posibiliten una mejora en el nivel de atención que actualmente se está ofreciendo a este colectivo. La puesta en marcha de programas basados en la metodología de los tratamientos asertivos comunitarios puede constituir una buena herramienta para tal fin.



2

programas TAC: una perspectiva general

2.1. Contexto asistencial de desarrollo

Los programas de tratamiento asertivo comunitario comenzaron a desarrollarse en la década de los 70 en EEUU sobre la base del «*Training for Community Living*» que Stein, Marx y Test pusieron en marcha en el Mendota Mental Health Institute, Hospital público de Madison, en el condado de Dane, en Wisconsin (Marx, Test y Stein, 1973; Stein y Test y Marx, 1975; Stein y Test, 1980; Weisbrod, Test y Stein, 1980; Stein y Test, 1985).

Nacieron como una opción de abordaje para aquellas personas con trastorno mental grave que, por las dificultades derivadas de su propio proceso mórbido (pobres habilidades instrumentales, escasa capacidad para manejarse con el estrés cotidiano, falta de apoyo social etc.), encontraban serios problemas para mantenerse adaptadas en el ámbito comunitario, mostrando una tendencia importante al reingreso hospitalario, que hacía prácticamente imposible promover un alta prolongada.

Surgieron como una alternativa asistencial, en un periodo temporal muy concreto (coincidente con el movimiento de desinstitucionalización americano) y en un contexto muy particular de dotación de recursos, donde el tratamiento era muy hospitalocéntrico y no existían, o estaban muy pobremente desarrolladas, las alternativas terapéuticas en el nivel comunitario.

Todo ello provocaba que fuera realmente complejo mantener en la comunidad a un importante número de pacientes con un grado de discapacidad elevado, con unas garantías mínimas de calidad de vida.

La característica diferencial de estos programas no residía en aportar un procedimiento terapéutico novedoso, sino más bien en promover una nueva propuesta a la hora de organizar la atención que la persona atendida recibía. Se promovía una atención que estuviera más coordinada, estructurada y cercana a sus necesidades reales. En este sentido los nuevos principios que se postulaban como rectores y la propia organización del equipo de trabajo eran lo peculiar, por contraposición al contexto de atención sanitaria vigente en el que se diseñaron.

Planteaban cambios muy relevantes en, al menos, 5 áreas:

1. La primera de ellas tiene que ver con la actitud de los y las profesionales de la salud ante las necesidades de las personas usuarias. El enfoque más tradicional adopta una actitud reactiva, es decir, comienza a articular respuestas terapéuticas y de cuidado cuando se produce una demanda explícita por parte de la persona afectada. Desde este enfoque, sin embargo se alude a la necesidad de una actitud más proactiva por parte del/de la profesional, donde la detección activa de necesidades críticas de la persona afectada y la búsqueda de soluciones en su entorno natural han de ser los elementos claves de su desempeño.
2. La atención ha de ser integral, flexible, individualizada y centrada en la persona atendida y sus necesidades percibidas. Como consecuencia

directa de este planteamiento se produce la recuperación de la variable «sujeto» que, en este caso, aparece no como un mero receptor de los tratamientos, sino como una parte activa y determinante en la delimitación de los objetivos, intervenciones y curso de las mismas.

El usuario o usuaria se coloca en una posición diferente con respecto a la situación pasiva que tradicionalmente se le daba en el sistema. Ahora no es el sistema el que, como experto, evalúa y perfila qué aspectos son significativos para trabajar, sino que son las necesidades percibidas por la persona afectada las que se tornan trascendentes y críticas. Este cambio de orientación, inevitablemente, trae consigo también la necesidad de un reposicionamiento y un nuevo estilo en la relación profesional-paciente. De la relación de poder y dirección anterior se ha de pasar a otra donde la interdependencia, la flexibilidad y la cooperación se tornan trascendentales.

3. Todas las respuestas terapéuticas deben articularse en el medio natural donde el o la paciente se encuentra. La intervención tendrá más valor en la medida en que se desarrolle en el contexto habitual y logre movilizar los recursos que dentro del mismo puedan ser utilizados. Podríamos decir de alguna manera que estas intervenciones asumen de manera radical los postulados de la Psiquiatría comunitaria.
4. Se debe utilizar un enfoque centrado en la recuperación y la dotación de recursos. Este tipo de estrategias asumen en buena medida los postulados de la recuperación enfatizando el valor que la esperanza, la responsabilidad personal, la información, la autoayuda y, en definitiva,

el empoderamiento tienen como elementos claves para que la persona recupere el control sobre aquellos factores que comprometen su calidad de vida.

5. Se produce un cambio de foco desde lo que podríamos llamar el control sintomático a las necesidades personales. El cese de los síntomas no es necesariamente equivalente a recuperación. Desde esta perspectiva, el tradicional control del síntoma es ahora claramente insuficiente y aparecen nuevas áreas como la capacidad de afrontamiento, la integración social, el apoyo familiar, la orientación ocupacional-laboral o la calidad de vida, que son variables de naturaleza más compleja y que aluden claramente a una multiplicidad de factores personales, sociales y familiares que van mucho más allá de lo meramente biológico.

El modelo TAC es un programa de abordaje y seguimiento comunitario de pacientes que se suele incluir dentro de lo que, comúnmente, se ha venido en llamar estrategias de «gestión de casos». Sin embargo, es necesario hacer notar que dentro de esta categoría se incluye una amplia variedad de estrategias de actuación (el *case management* clínico, el *case management* básico -modelo «broker»-, el *case management* intensivo etc.), que, aunque pueden compartir algunos elementos comunes, poco o nada tienen que ver entre sí en aspectos cruciales de la intervención (Mueser y cols., 1998).

La necesidad de realizar una clara diferenciación conceptual de estas actuaciones ha sido reiterada con frecuencia en la literatura experimental

(Ziguras y Stuart, 2000; Rosen 2001; Smith y Newton, 2007) como un elemento imprescindible para poder perfilar la amplitud y los efectos diferenciales que cada una de ellas producen.

En la tabla 1 se perfilan las similitudes y diferencias entre 3 de los modelos más frecuentemente postulados: el propio TAC, el modelo de gestión de casos tipo «broker» y el modelo de gestión de casos intensivo.

2.2. Características básicas, principios rectores

El modelo TAC involucra de manera habitual a un equipo multidisciplinar que comparte la responsabilidad del tratamiento del caso. Este tratamiento integra el manejo farmacológico, psicológico, la rehabilitación y los servicios de soporte que necesite cada paciente para vivir de manera autónoma en su comunidad. La perspectiva básica de trabajo se basa en las potencialidades y en la recuperación; el equipo debe ayudar a la persona a llevar una vida autónoma sin que su enfermedad sea un obstáculo para ello. De manera habitual el equipo provee directamente de todo lo necesario a la persona afectada. Si existiera algún servicio que no se pudiera prestar por parte del equipo TAC, éste debería coordinarse con las instancias oportunas para garantizarlo. En el cuadro siguiente se pueden consultar los elementos básicos de este tipo de intervención.

TABLA 1. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE LOS DISTINTOS MODELOS DE GESTIÓN DE CASOS

TAC	GESTIÓN DE CASOS	GESTIÓN DE CASOS INTENSIVO
Ratio de casos por profesional sobre 1:10	Ratio de casos por profesional 30 o más	Ratio de casos por profesional no superior a 20
El equipo asume todas las intervenciones necesarias para el/la paciente	Todas las actuaciones son realizadas por otras instancias asistenciales o agentes externos	Las intervenciones no disponibles se gestionan con otros/as agentes sanitarios/as y/o sociales
Los/las miembros del equipo tienen responsabilidad en todos los casos	El/la gestor/a de casos asume individualmente la evaluación de las necesidades y la coordinación de las actuaciones de los/las pacientes que se le asignan	El/la gestor/a de casos es usualmente un/una clínico/a que actúa como terapeuta, asumiendo además las responsabilidades de tutorización
El tipo e intensidad del servicio varía en función de las necesidades del/de la usuario/a	Los servicios están predeterminados y no se flexibilizan según necesidades individuales	No existe posibilidad de flexibilizar ni adecuar el servicio que es requerido externamente
El equipo discute diariamente los cambios en la evolución y ajusta el tratamiento si es necesario	El plan de tratamiento suele ser revisado mensual o trimestralmente	El plan de tratamiento suele ser revisado periódicamente
El equipo es responsable de mantener activamente al/a la paciente vinculado al programa y garantizar la continuidad de los cuidados	El/la usuario/a puede causar baja, si aparecen problemas de adhesión terapéutica y/o ingreso en otros servicios o instituciones	El/la coordinador/a de cuidados debe mantener una actitud asertiva para favorecer el enganche y mantenimiento de los/las pacientes en el programa
La atención se organiza de forma que quede garantizada su continuidad todo el año	No existe garantía en la continuidad de las funciones del/de la gestor/a de caso si se produce su ausencia	No existe garantía en la continuidad de las funciones del/de la gestor/a de caso si se produce su ausencia
Frecuencia de contactos entre paciente y equipo es alta, usualmente varias veces a la semana	Frecuencia de contactos entre coordinador/a de cuidados y paciente baja	Contactos regulares aunque de menor frecuencia que en el ACT, semanales o quincenales
Intensidad de la relación con paciente y familia alta	Intensidad de la relación con paciente y familia baja	Intensidad de la relación con paciente y familia moderada
Contacto se inicia a petición de paciente o de propio equipo	Contacto se inicia a petición de paciente	Contacto se inicia a petición de paciente o de profesional referente
Cobertura del servicio amplia, usualmente 24 h	Cobertura del servicio limitada	Cobertura del servicio limitada

CUADRO 1. ELEMENTOS CENTRALES DEL TAC

ELEMENTOS CENTRALES DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Equipo multidisciplinar que asume la responsabilidad completa del tratamiento del/de la paciente.

La atención que se provee es integral incluyendo tratamiento farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario.

Las intervenciones se llevan a cabo en el medio natural del/de la paciente.

Prestación de servicios continuada, 24 horas / 7 días a la semana.

Baja ratio de pacientes asignados/as por profesional 1:10.

Equipo actúa con una metodología activa en cuanto a la provisión de cuidados y la evitación de abandonos.

Se interviene sobre el sistema de soporte social y las redes naturales con que cuenta el/la usuario/a en su comunidad.

Estilo de trabajo basado en la colaboración, la dotación de recursos y la filosofía de la recuperación.

Planificación individualizada y centrada en las necesidades percibidas por el/la usuario/a.

La actuación se sostiene por amplios periodos de tiempo, si es necesario de manera ilimitada.

El equipo asume, evalúa y trabaja los casos de manera conjunta y coordinada.

Los/las miembros del equipo mantienen frecuentes contactos con el/la paciente / mínimo 3 a la semana.

Las intervenciones son flexibles y se adecuan a las circunstancias particulares del/la usuario/a.

Uno de los factores, más comúnmente asociados a la eficacia de las actuaciones en este tipo de equipos, es que garanticen una adecuada continuidad en el cuidado de la persona atendida. La continuidad de cuidados ha sido un término muy aludido en la atención a pacientes psiquiátricos graves (Jones y cols., 2009; Crawford, De Jonge, Freeman y Weaver, 2004). Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones este concepto se ha mantenido muy difuso; por regla general, las definiciones, cuando no abiertamente inadecuadas, han sido parciales, incluyendo dentro de ellas sólo uno o dos elementos. Parece claro que, aunque estamos ante un concepto multidimensional, es posible y necesario operativizarlo (Burns 2006, 2008, 2009), ya que sin una definición de continuidad es imposible investigar para resolver las discontinuidades; esto en el caso de los equipos de TAC se vuelve una variable crítica.

Podríamos destacar al menos 7 dimensiones esenciales en la continuidad de cuidados, con clara implicación práctica para los equipos de TAC.

1. Accesibilidad:

El cuidado debe estar disponible en el momento en que la persona atendida lo necesite, estando minimizados los obstáculos de tipo burocrático y/o asistencial.

2. Continuidad experiencial:

Los cuidados han de ser progresivos y adaptados al momento concreto del o de la paciente.

3. Continuidad relacional:

El cuidado es provisto por un número limitado de profesionales, de ma-

nera que se permita el establecimiento de una relación significativa de seguridad entre paciente y equipo terapéutico.

4. Continuidad temporal/ regularidad:

El cuidado se provee de manera longitudinal y puede plantearse como ininterrumpido si la persona atendida así lo requiere.

5. Sensibilidad a las necesidades/flexibilidad:

El cuidado debe ser flexible y cambiante en función de las necesidades reales y percibidas por el usuario o usuaria.

6. Coordinación interdispositivos:

La estrategia de cuidado debe estar sustentada en un trabajo en red, donde la información y las estrategias específicas propuestas para garantizar la continuidad sean conocidas por todas las instancias de tratamiento potencialmente implicadas en el caso.

7. Continuidad contextual:

El cuidado debe ser provisto teniendo en cuenta los recursos del medio natural de la persona afectada y se ha de buscar que ésta establezca con los mismos una relación personal y social significativa para mejorar su calidad de vida.

2.3. Datos experimentales, niveles de evidencia, criterios de calidad

Desde su origen hasta la actualidad este tipo de intervenciones han sido sometidas a numerosos estudios tanto de eficacia (Carpenter, Luce y Wo-off, 2010; Killaspy y cols., 2008; Burns y cols., 2007; Smith y Newton, 2007; Commander y cols., 2005; Marshall y Lockwood, 2000; Ziguras y Stuart, 2000;) como de costes (McCrone, y cols., 2009; Latimer, 1999, 2005; Scott y Dixon, 1995). Hoy día parece claro que estamos ante un formato de actuación con evidencia empírica acumulada a sus espaldas y que se ha demostrado eficaz de cara a reducir tanto el número de reingresos hospitalarios, como la duración de los mismos, exhibiendo a la vez un alto nivel de satisfacción de pacientes y familiares (Prince y Gerber, 2005). Todo lo anterior ha traído como consecuencia que esta actuación se incluya, de manera habitual, entre las intervenciones con nivel de evidencia A en las guías de práctica clínica más importantes sobre el abordaje de la esquizofrenia.

Esta realidad no se ha visto sin embargo exenta de cierta polémica y los trabajos que se han realizado en la última década matizan en alguna medida lo anteriormente apuntado. Como ya se señaló con anterioridad, estos programas nacieron en la década de los 80 en EEUU en un contexto de desarrollo de servicios muy hospitalocéntrico y en ausencia prácticamente total de alternativas terapéuticas en la comunidad. Con este contexto de fondo, buena parte de los estudios que se publicaron incentivados al hilo de la experiencia inicial de los autores (Weisbrod, Test y Stein, 1980; Test

y Stein, 1976) encontraron de manera consistente que la introducción del TAC lograba reducciones muy significativas en la tasa de readmisiones y en el número de días de ingreso hospitalario (Bedell, Cohen y Sullivan, 2000; Herdelin y Scout, 1999; Baronet y Gerber, 1998; Gorey y cols., 1998; Mueser y cols., 1998). Aunque, como señalan algunos autores (Bond y Drake, 2007), el TAC ha sido modificado sólo mínimamente en los últimos 30 años, y podríamos decir sin temor a equivocarnos que estamos desde hace ya tiempo en lo que podríamos llamar la «era post Wisconsin».

Ahora la realidad es muy diferente, tanto la provisión de servicios como la propia sociedad han cambiado drásticamente. Parece necesario evaluar los datos a la luz de los nuevos desarrollos asistenciales y lo cierto es que, en este nuevo contexto, la evidencia está ahora muy matizada y no es tan concluyente, ni en los propios estudios realizados en EEUU (Nieves, 2002) ni, sobre todo, en los trabajos realizados en Europa. La referencia al respecto es el Reino Unido, lugar donde posiblemente se haya articulado la red más potente de equipos TAC, actualmente cercana a los 300 (Burns, 2009). En este país se ha ido acumulando bastante evidencia empírica desde que Marshall y Creed (2000) se hicieron la pregunta de si el TAC sería el futuro del cuidado comunitario. De hecho, en este país se vienen realizando, desde principios de esta última década, estudios randomizados para evaluar la eficacia diferencial del TAC (estudios UK 700, PRiSM y REACT) frente a las intervenciones estándar (Killaspy y cols., 2009a; Burns y cols., 2007; Killaspy y cols., 2006; Burns y cols., 2002; Burns y cols., 1999; Marshall y cols., 1999; Thornicroff y cols., 1998). Estos estudios han sido incapaces de replicar los resultados americanos encontrándose, de manera consistente, que no había diferencias significativas en cuanto al

número de reingresos en el hospital entre pacientes con seguimiento TAC o comunitario estándar. Tampoco se producían diferencias a nivel de mejora en la clínica o el funcionamiento individual. Sí se percibían cambios a favor del TAC en cuanto al nivel de satisfacción de usuarios/as y familiares, así como a nivel de enganche de pacientes. Los datos apuntados están generando actualmente un importante nivel de controversia acerca de la eficiencia de estos procedimientos (Burns, 2010).

Resultados similares han sido replicados en otros países europeos, como por ejemplo Holanda (Sytema y cols., 2007). En este estudio, también randomizado y con un seguimiento a 2 años de 118 pacientes, tampoco se encuentran diferencias significativas entre TAC y cuidado estándar en cuanto a la reducción de ingresos, el grado de psicopatología, el nivel de funcionamiento o la calidad de vida. Vuelve a aparecer un incremento del nivel de satisfacción de personas usuarias en la condición TAC. Algunos de los datos referidos a éstas y otras variables se pueden observar en la tabla 2.

La disparidad en los resultados encontrados entre unos y otros estudios viene generando controversia y publicaciones cruzadas desde hace años (Fiander y cols., 2006; Priebe y cols., 2004; Fiander, Burns, McHugo y Drake, 2003; Burns, Fioritti, Holloway, Malm y Rosslér, 2001). Se han apuntado varias causas explicativas potenciales, la primera y quizá menos elaborada, apunta a que la implementación de la estrategia en Europa no está siguiendo los criterios de fidelidad mínimos para que ésta sea efectiva. Así, para algunos autores (Rosen y Tesón, 2001), aunque no existe un «patrón de oro» estándar que sea seguido en todos los servicios de igual forma, la intervención debe tener una serie de características básicas que

TABLA 2. RESUMEN DE LA EFICACIA ASOCIADA A LOS PROGRAMAS TAC

VARIABLE ESTUDIADA	RESULTADO
NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES Y DURACIÓN DE LAS MISMAS	Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en el hospital
HABILIDADES PARA LA VIDA INDEPENDIENTE	Mayor autonomía de los/las pacientes
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES	Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención
CALIDAD DE VIDA	Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente y familia
AJUSTE SOCIAL	Resultados no concluyentes, algunos trabajos iniciales apuntan mejoras, replicaciones más actuales no confirman estos datos.
AJUSTE VOCACIONAL Y EMPLEO	No se encuentran mejoras significativas en buena parte de los estudios.
IMPACTO SOBRE LOS SÍNTOMAS	En algunos trabajos se observa reducción, en la mayoría no aparecen cambios significativos.
COMPLICACIONES JURÍDICO-PENITENCIALES	Reducción significativa de los problemas con la justicia.
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Mejora significativa de la adherencia terapéutica.
COSTE-EFECTIVIDAD	Estudios apuntan resultados óptimos. No se produce ahorro, sino mejor calidad de vida con un gasto similar.

han de ser mantenidas o se corre el riesgo de desvirtuarla. Para este autor, los estudios ingleses no están en realidad comparando TAC, ya que las intervenciones no cumplen con algunas variables críticas para su eficacia. Estas experiencias, por ejemplo, no trabajan con equipos multidisciplinares o lo hacen parcialmente, no proveen atención con cobertura 24 h, suelen funcionar con ratios de pacientes mayores y tienen poca capacidad para gestionar y coordinarse con recursos hospitalarios y residenciales.

Esta argumentación ha sido replicada por algunos trabajos (Wright y cols., 2003; Billings y cols., 2003) en los que, utilizando la Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) (Teague, Bond y Drake, 1998), se ha evaluado la fidelidad de los equipos británicos a los estándares, filosofía y modo de funcionar propios del TAC. En estudio de Wright (Wright y cols., 2003) se realizó un muestreo y se seleccionaron 24 equipos TAC en funcionamiento, para evaluar sus puntajes en la DACTS, 4 de esos equipos obtuvieron altas puntuaciones, 14 puntuaciones medias y 6 puntuaciones bajas. La conclusión de este trabajo es que, aunque existe un cierto rango de variabilidad en cuanto al grado de fidelidad entre los equipos TAC ingleses, los resultados apuntan a que un porcentaje muy significativo de los mismos trabaja con unos estándares de calidad y fidelidad medios-altos. En la misma línea otro estudio randomizado (Killaspy y cols., 2006) que compara los resultados de los equipos TAC, en este caso con medidas DACTS altas (4,1 sobre 5), con atención estándar, obtiene resultados similares, no mostrándose el TAC superior en la mejora de las variables clínicas o de funcionamiento. De nuevo se hace patente el mayor grado de satisfacción y mejor adherencia de los y las pacientes incluidos en el grupo TAC.

El segundo argumento que se esgrime para explicar las diferencias plantea que es posible que el contexto de servicios en el que se desarrollan los procedimientos modifique su impacto. Parece claro que existen serias diferencias a nivel de entorno organizativo, financiación de las estructuras y cobertura asistencial entre Europa y EEUU. El desarrollo de los equipos multidisciplinarios de atención comunitaria es mayor en Europa que en EEUU; además, buena parte de estos equipos incluye de manera natural en su práctica de rutina, creencias, valores y métodos de trabajo que son propios del TAC. Desde esta perspectiva la explicación más lógica a la disparidad de los resultados encontrados tiene que ver con la atención que se les da a los pacientes en el grupo control (Marshall, 2008; Burns, 2007; Wright y cols., 2004; Bond y Salyers, 2007; Burns y cols., 2002). En el caso americano los y las pacientes asignados al grupo control están «peor tratados» que en las experiencias europeas. En Europa las personas incluidas en el grupo control son atendidas de forma más coordinada y completa, de ahí que las diferencias entre este grupo y el experimental sean realmente menores y poco significativas.

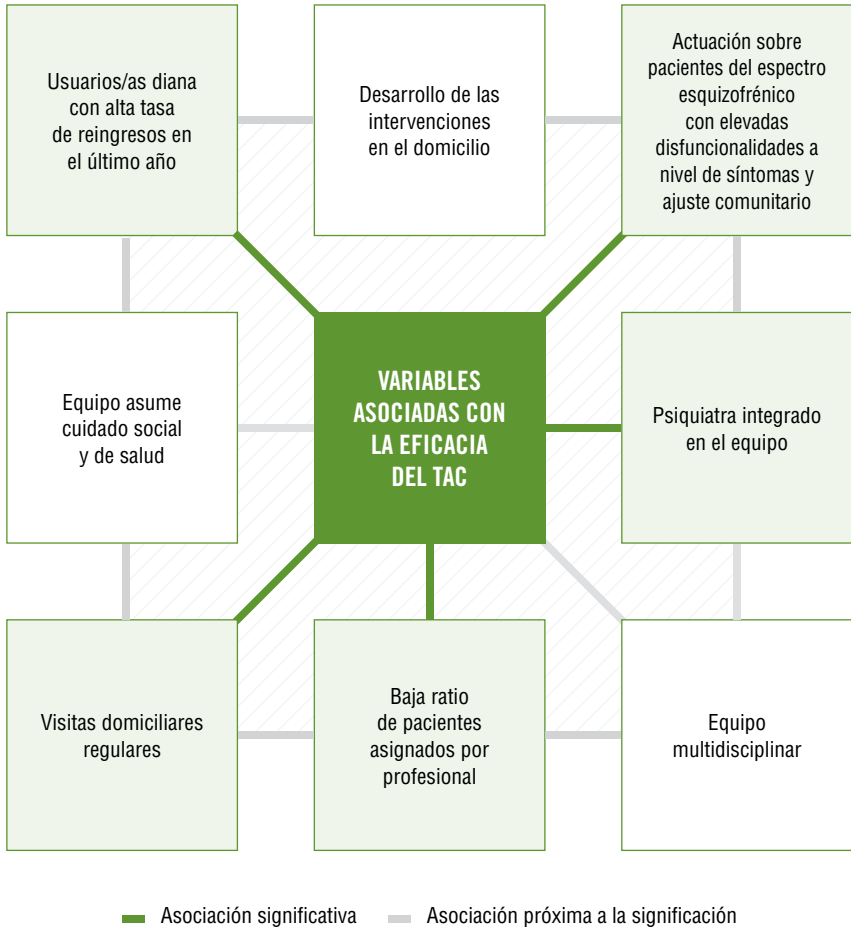
Más allá de la polémica apuntada nos parece interesante, desde un punto de vista práctico, dilucidar qué hemos aprendido en los ya cerca de 40 años de investigación, sobre el manejo intensivo de casos en general, y sobre el TAC en particular (Marshall, 2008):

1. Lo primero y defendido de forma más evidente en la actualidad es que, aunque el TAC puede ser un procedimiento eficaz de abordaje, no es útil para la totalidad de pacientes con TMG. La evidencia sugiere que

la intervención sólo debe ser reservada para aquellos sujetos especialmente graves y desvinculados de los servicios. El TAC optimiza sus resultados cuando se circunscribe a la actuación sobre pacientes más complejos que requieren hospitalizaciones frecuentes y que no pueden ser abordados de manera eficaz por los Unidades de Salud Mental Comunitarias (Killaspy y cols., 2009b; Rosen, Mueser y Teeson, 2007; Burns y cols., 2007).

2. Otro aspecto interesante tiene que ver con el contexto donde el procedimiento se implementa. El TAC se ha demostrado más eficaz en zonas con elevada densidad poblacional (generalmente metropolitanas) y con un alto índice de morbilidad psiquiátrica. La presencia de una importante carga asistencial que dificulta el seguimiento comunitario de los y las pacientes y altas tasas de readmisión hospitalaria (pacientes de «puerta giratoria») parecen ser elementos a tener en cuenta a la hora de delimitar la necesidad de la puesta en marcha de estas intervenciones (Jonson, 2008). Por el contrario, cuando el área de actuación es pequeña, cuenta con servicios bien integrados y coordinados, tiene una baja densidad poblacional o alta dispersión geográfica, la utilidad del TAC puede ser menor (Lasalvia y Ruggieri, 2007; Becker y Kilian, 2006; Meyer y Morrissey, 2006; McDonel y cols., 1997).
3. A nivel general, se van delimitando qué elementos de la propia intervención son los que están en mayor medida asociados a la eficacia (Burns, Catty y Wright, 2006), algunos de los cuales se apuntan en la siguiente figura:

FIGURA 1. ELEMENTOS VINCULADOS A LA EFICACIA DEL TAC



Al hilo de lo anterior, creemos interesante hacer notar algunas cuestiones:

- 1** La primera tiene que ver con la reflexión que realizan algunos autores (Marshall, 2008) sobre la amplitud de los resultados del TAC. Hay que recordar que el TAC no es en realidad un tratamiento nuevo, sino una nueva forma de organizar la atención y el cuidado, más cercana a la persona atendida y sus necesidades. Parecería que los cambios en el proceso de cuidado tienden a afectar sólo a las variables de proceso (en este caso la satisfacción), no a las de resultado.

La simple frecuencia del contacto no está relacionada con la calidad percibida por la persona usuaria o los resultados positivos (Stanhope y Matejkowski, 2009; Rosen, Mueser y Tesón, 2007). El tipo de relación que se establece, la disponibilidad de una persona estable de contención y, sobre todo, la calidad y la amplitud de las intervenciones que el equipo TAC tiene disponibles, son factores críticos de cara a los resultados, muy por encima del número de contactos que el equipo TAC sea capaz de proveer (Calsyn, Kinkernberg y Morse, 2006; Calsyn y cols., 2004; Kane y Blank, 2004). Parece ingenuo pensar que sólo manteniendo al o a la paciente en su comunidad y evitando ingresos vamos a poder actuar sobre aspectos centrales de las enfermedades como los síntomas o el funcionamiento. Para que realmente sean esperables unos rendimientos de la intervención mayores se hace necesario incorporar a los equipos TAC diferentes perfiles profesionales que manejen y sean capaces de trasladar con soltura a sus actuaciones cotidianas procedimientos y técnicas de abordaje de evidencia empírica contrastada (Mancini y cols., 2009). Es preciso que los y las respon-

sables de la gestión diseñen equipos TAC que cubran las necesidades de la persona afectada y su familia. La idea que se pretende subrayar es que se debe prestar especial atención al contenido de lo que se ofrece, no sólo a la puesta en marcha de los programas.

- 2 Otro elemento de discusión se refiere a la delimitación de las variables resultado. De manera tradicional en el TAC se han utilizado la disminución del número de reingresos y de días de hospitalización como variables clásicas y, con ellas, la reducción adicional producida en los costes sanitarios. Algunos trabajos (Burns, 2007, 2009; Bak y cols., 2007) se plantean el abandono del número de reingresos como medida principal de resultados en la intervención y su sustitución por otras variables más cercanas a la clínica. Se propone, por ejemplo la «remisión», definida operativamente como cambios en algunas puntuaciones de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) con un criterio de duración temporal (sostenidas al menos durante 6 meses) (Van Os, 2009).

Desde esta perspectiva se plantea que, aunque la reducción de los ingresos ha sido considerada tradicionalmente, como una medida de eficacia (asumiendo que las personas atendidas recaen menos), quizá en el TAC la reducción de las hospitalizaciones no se deba asociar directamente a la ausencia de recaída. Es posible que, aunque se produzca una recaída, el o la paciente no ingrese debido al mejor cuidado, al manejo más eficaz (domiciliario) de la misma. Los datos que apuntan a que el TAC no logra cambios significativos en el nivel de psicopatología avalarían esta idea. En casos extremos, la insistencia en la recaída, como variable de resultado, puede incluso provocar un efecto perverso en el

procedimiento. Así, es posible que, aún en casos de descompensación clínica, las personas afectadas no ingresen, no porque no lo necesiten, sino porque se intenta mantenerlos a toda costa en la comunidad, independientemente de sus síntomas o necesidades (Gomory, 2001).

La referencia a la reducción de los costes, muy aludida en algunos estudios (Scott y Dixon 2002; Clark y cols., 1999; Lehman y cols., 1999; Essock, Frisman y Kontos 1998, Johnston y cols., 1998), tampoco se ha visto desprovista de cierto nivel de controversia (McCrone, 2009; Nixon y cols., 2002; McCrone, Johnson y Thornicrof, 2001; Latimer, 1999, McCrone y cols., 1998). Por lo general se acepta que la creación de equipos TAC con adecuados criterios de fidelidad al modelo es cara. Sin embargo, su coste no es significativamente mayor que el atribuible al tratamiento usual, lográndose una mayor satisfacción de las personas atendidas y un mejor enganche a los servicios. Pero para optimizar la relación coste-eficiencia de la intervención, el TAC sólo debería aplicarse al grupo de pacientes más graves, que se hayan desvinculado con los servicios y/o con una historia anterior de múltiples ingresos (3 o más ingresos y/o más de 50 días de estancia hospitalaria al año) (Latimer, 1999).

Como se ha podido contrastar, los años de investigación han permitido perfilar el procedimiento en buena medida. Actualmente, y aunque existen voces críticas al respecto, lo cierto es que, al menos en el contexto de servicios europeo, lo más común ha sido la adaptación del formato inicial para adecuarlo a la realidad asistencial y las posibilidades reales de los servicios donde se instaura. Algunas de estas adaptaciones pueden observarse en la siguiente tabla.

TABLA 3. ADAPTACIONES MÁS COMUNES DEL TAC

VARIABLE	CRITERIO IDEAL	REALIDAD MÁS COMÚN
Cobertura de la atención	Disponibilidad del equipo 24 h	Atención solo disponible en periodos concretos, usualmente de 8 a 15 h
Ratio paciente/ profesional	10 usuarios/as por profesional	Mayor número de usuarios/as por profesional
Equipo multidisciplinar	Componentes básicos para adecuarse a las necesidades del/de la usuario/a	Equipos incompletos, por lo común psiquiatra, enfermero/a y trabajador/a social
Número de profesionales por equipo	10-12 para zonas urbanas 6-7 para rurales	Distribución aleatoria y no ajustada a criterios explícitos
Disponibilidad de técnicas de abordaje basadas la evidencia	Equipo debe poder proveer técnicas de abordaje psicoterapéutico individual, tratamiento psicoeducativo estructurado para las familias y orientación vocacional	Procedimientos no disponibles porque suelen sobrepasar el nivel de formativo del equipo. Se sustituyen por actuaciones inespecíficas
Continuidad de la atención	La atención se ha de proveer por tiempo ilimitado	La atención se provee por tiempos variables

En algunos casos, la adaptación se ha centrado en la modificación de alguna variable inicial; en otros, la amplitud del cambio ha sido mayor. Especialmente interesante en esta última línea son los desarrollos llevados a cabo en Holanda (Van Os, 2009; Van Veldhuizen, 2007; Bak y cols., 2007), con la puesta en marcha de los equipos de Tratamiento Asertivo en la Comunidad Flexible (*Flexible Assertive Community Treatment: FTAC*).

En opinión del grupo autor de esta publicación, la adaptación no es en sí misma algo negativo. Incluso en algunos casos puede ser algo

inevitable, por ejemplo, algunos autores (Drake y Deegan, 2008; Bond y Drake, 2007) plantean que el criterio que abogaba por el sostenimiento indefinido de la intervención es incompatible con la filosofía de la recuperación, siendo además factible y deseable el que los y las usuarias puedan pasar a un nivel de provisión de servicios menos intenso, lo cual se ha demostrado posible sin que las tasas de recaída aumenten significativamente (Hackman y Stonell, 2009). Lo que sí parece importante es que las adaptaciones estén justificadas y no alteren de manera sustancial el contenido de las intervenciones o la cualidad de los servicios que deben proveerse.

La aparición del TAC ha supuesto un cambio en la orientación de los servicios, introduciendo ideas revolucionarias, centrándose en problemas prácticos, creando equipos multidisciplinares de tratamiento, y sobre todo, trasladando la actuación del hospital a la comunidad. Sus resultados han sido robustos en los últimos 30 años en EEUU y a lo largo de este tiempo muchos de sus principios se han ido introduciendo en la práctica clínica de rutina. Sus creencias, valores y métodos de trabajo son ahora mucho más familiares para el personal clínico. Sin embargo, la introducción del TAC debe ser un complemento, no una estrategia para responder a la falta de calidad y orientación comunitaria de los servicios. Es bien conocido que la falta de adherencia de los y las pacientes a las intervenciones es uno de los problemas más relevantes en el contexto de la Salud mental (Kreyenbuhl, Nossel y Dixon, 2009; O'Brien, Fahmy y Singh, 2009). La diversidad de perfiles y necesidades de las personas atendidas requiere de una respuesta flexible y rápida por parte del sistema. La organización tiene que tener proyectadas estrategias activas que

prevean cuál va a ser la respuesta potencial en los diferentes escenarios posibles. En este contexto el TAC puede ser una estrategia que complemente las intervenciones estándar cuando estas se hayan mostrado claramente insuficientes a la hora de poder responder a las necesidades de la persona afectada.

2.4. Experiencias de diseminación de estos programas

2.4.1. Experiencias europeas

La traslación de los principios y la metodología de trabajo TAC al contexto europeo ha sido una realidad común en los últimos años. Son bastantes los países que han incluido este tipo de procedimientos en su cartera de servicios con mayor o menor amplitud en cuanto al número de equipos y flexibilidad a la hora de asumir algunos de sus principios rectores. Países como Inglaterra (Killaspy y cols., 2009a; McCrone y cols., 2009; Marshall, 2008; Burns, 2007; Burns, 2006; Killaspy y cols., 2006; Priebe y cols., 2003; Wright, 2003; Billings, 2003), Holanda (Van Os, 2009; Van Veldhuizen, 2007; Sytema y cols., 2007; Van Dijk y cols., 2007; Dekker y cols., 2002), Italia (Lasalvia y Ruggeri, 2007) Suiza (Bonsack, 2005), Lituania (Tyrer y cols., 2007a), Dinamarca (Thorgersen, Morsthost y Nordentoft, 2010; Petersen y cols., 2005; Aagaar y Nielsen, 2004) o Alemania (Lamberty cols., 2010) han informado de la puesta en funcionamiento de estas experiencias.

La mayor amplitud en cuanto al número de equipos y seguimiento de los resultados clínicos la encontramos en Inglaterra y, en menor medida en Holanda. Como ya ha sido comentado con anterioridad, en Inglaterra hay actualmente alrededor de 300 equipos TAC activos y se viene estudiando su grado de fidelización y eficacia desde hace más de una década.

Ya ha sido reseñado que los resultados, en líneas generales, no han sido tan concluyentes como los obtenidos en EEUU. De manera habitual, en los estudios europeos, se ha obtenido que las personas usuarias de TAC mostraban mayores índices de satisfacción y una mejora en la adherencia terapéutica pero, por el contrario, no reducían significativamente su tasa de ingresos o la psicopatología con referencia al grupo control (Killaspy y cols., 2009a; McCrone y cols., 2009; Marshall, 2008; Sytema y cols., 2007; Burns, 2007; Burns, 2006; Killaspy y cols., 2006; Priebe y cols., 2003; Wright y cols., 2003; Billings y cols., 2003). Un estudio realizado en Inglaterra para evaluar las similitudes y diferencias entre la atención estándar (realizada desde los *Community Mental Health Teams* –CMHT-) y la que proveen los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) (Killaspy y cols., 2009a), encuentra dos diferencias básicas:

1. En proceso de enganche:

- El ETAC adopta una actitud y un estilo no confrontador en mayor medida que los equipos CMHT.
- El ETAC mantiene un interés activo por sostener el contacto, en el CMHT este interés es menor.

- El ETAC se interesa por las necesidades de la persona afectada más allá del ámbito clínico.
- El ETAC ayuda a la persona atendida a encontrar soluciones prácticas a los problemas.
- El equipo ETAC trabaja junto con el o la paciente en la consecución de los objetivos personales.
- Las personas que componen el ETAC discuten en mayor medida los casos.
- Los y las integrantes de los equipos CMHT sostienen que es la persona atendida la que tiene la responsabilidad de mantener el contacto. Este equipo defiende, con mayor frecuencia, que si el contacto no se mantiene puede ser necesario recurrir a una hospitalización.

2. En cuanto al contenido de las intervenciones:

- Los ETAC tienden a asumir todas las actuaciones a llevar a cabo dentro del programa individual. En los CMHT se asume y se estimula el que cada paciente acuda a otros servicios, sobre todo para complementar su tratamiento en áreas como la psicoterapia, las habilidades sociales o las actividades ocupacionales.
- El ETAC trabaja más en la realidad con los problemas de las familias, mientras que los CMHT actúan con un modelo de corte más psico-educativo.

Como podemos comprobar no se trata de una realidad excesivamente lejana a la de nuestro contexto asistencial. Sin embargo, habría algunas consideraciones que hacer en este trabajo:

- Se perfila un ETAC con un número de profesionales limitado (fundamentalmente personal de enfermería y en menor medida de psiquiatría y trabajo social),
- Las personas incluidas en el programa son asumidas al completo y tienen poco o ningún contacto con los CMHT y el resto de la red.

Puede dudarse que, con un equipo humano limitado y restringiendo la accesibilidad de la persona incluida en el TAC a intervenciones que podrían ser críticas para su evolución, se pueda ofrecer un tratamiento integral eficaz (Johnson, 2008).

Teniendo en cuenta este contexto, algunas publicaciones entienden que es esperable que no se produzcan mejoras significativas en cuanto a la clínica, al nivel de funcionamiento o a la tasa de reingresos de las personas atendidas en los ETAC y frente a las atendidas en los CMHT (Marshall, 2008). Otras revisiones critican que se utilice la satisfacción como medida preferente de resultados. Las personas atendidas puedan estar «contentas», pero no «mejor» (Norquist, 2009).

Los resultados obtenidos por las experiencias sobre TAC en Inglaterra, plantean serios problemas para la gestión de los servicios. Para evaluar el valor añadido de estos programas se necesitan resultados más pragmá-

ticos y objetivos, como la mejora en la situación clínica, funcional o en la calidad de vida o la adherencia al tratamiento (Burns, 2010).

En Holanda hay activos alrededor de 25 ETAC y 60 (con previsión de incremento a 200) equipos «Flexible Assertive Community Treatment» (FACT) (Drukker, y cols., 2008; Van Dijk y cols., 2007).

Los equipos FACT suponen una adaptación de la estructura, perfil de personas usuarias y dinámica de funcionamiento original de los ETAC. Actualmente están, también, sometidos a validación empírica y ya existen algunos trabajos publicados sobre su grado de eficacia (Drukker y cols., 2008; Bak y cols., 2007; Van Veldhuizen, 2007; Bond y Drake 2007; Dekker y cols., 2002).

Este tipo de equipos se desarrollan como un modelo de gestión de casos orientado hacia la rehabilitación y la recuperación más flexible que el TAC. De hecho, están diseñados para un perfil de pacientes más amplio. No actúan de manera exclusiva sobre los casos más graves, sino que asumen un concepto más dinámico, donde la gravedad es potencialmente cambiante en función de las circunstancias individuales presentes. Por ello el equipo ha de proveer de una atención más o menos intensa dependiendo de las necesidades coyunturales de cada paciente.

En el programa FACT, se pueden perfilar dos tipos de programas ligados a dos grandes grupos de usuarios/as, según sus necesidades de cuidado:

- La intervención con casos de media-baja exigencia (aproximadamente el 80% de las personas atendidas):

- A cada paciente se le asigna un/a gestor/a del caso.
- Se realiza una media de 2 a 4 visitas domiciliarias mensuales para evaluar como se desarrolla el plan de trabajo.
- La persona afectada tiene visitas regulares con el/la psiquiatra y/o psicólogo/a para trabajo individual (psicoterapéutico y de revisión) en el centro.
- La intervención con casos de alta exigencia (20% restante).
- El tratamiento se realiza en domicilio, trasladándose los miembros del equipo a proveerlo allí.
- El o la paciente se incluye en el grupo de control TAC si su gestor/a de caso lo demanda, por su estado actual o potencial de entrar en crisis.
- Las personas incluidas en este grupo quedan definidas como necesitadas de mayor atención. El caso se mantiene así mientras sea necesario, pero nunca por tiempo indefinido.

Cada equipo FACT cubre un área de aproximadamente 50.000 habitantes y da un servicio a unos 200-220 pacientes. El equipo es multiprofesional y consta de profesionales a tiempo completo (7-8 personas entre enfermeros/as, auxiliares de clínica y trabajadores/as sociales) y a tiempo parcial (0,8 psiquiatras, 0,6 psicólogos/as y 0,5 personas de apoyo al empleo).

Cada equipo trabaja aproximadamente con 50 casos muy estables y con baja demanda, un grueso de personas usuarias de demanda intermedia y aproximadamente 20 pacientes con niveles de demanda altos. En su experiencia entre el 70-80% de las personas atendidas pueden requerir servicios más intensivos, pero por tiempo limitado (algunas semanas o meses). De este grupo, sólo el 10-15% va a necesitar ayuda permanente.

En los estudios realizados sobre la eficacia del procedimiento se encuentran mejoras a nivel de remisión de síntomas y funcionamiento sobre todo en las personas usuarias con mayores niveles de necesidad.

2.4.2. Experiencias en España

El proceso de reforma psiquiátrica llevado a cabo en España nació con un objetivo programático claro: facilitar el seguimiento de los y las pacientes más graves en la comunidad. De acuerdo con este objetivo, se podría pensar que la idea de la implantación de los equipos TAC debería resultar atractiva, congruente y potencialmente incorporable a las prácticas clínicas de rutina.

Sin embargo, la implantación real de este tipo de estrategias de abordaje y seguimiento comunitario en España es muy desigual. Existen importantes diferencias de unas Comunidades Autónomas a otras, incluso dentro de una Comunidad, de unas provincias a otras.

Por lo general, no hay consistencia en cuanto a introducir el procedimiento dentro de los documentos marco de tipo estratégico (programas integrales de Salud mental), ni por añadidura, en las diferentes carteras de servicios de las áreas sanitarias. Todo ello trae aparejada una realidad: las experiencias quedan, la mayoría de las veces, aisladas y dependientes para su mantenimiento de que se produzcan determinadas coyunturas económicas y políticas. Estas variables son las que están actuando como factores moduladores de su existencia.

A pesar de ello, en la actualidad se mantienen en España programas y líneas de actuación que tienen como objetivo general actuar «en y desde la comunidad» con aquellas personas afectadas de patología mental grave que lo necesiten. Estos programas, aún siendo muy diversos, han asumido en buena medida los principios y la metodología de trabajo del TAC.

Es realmente complejo cifrar todas estas experiencias porque, en buena parte de los casos, se trata de desarrollos que no han contado con publicaciones científicas que describan los contenidos, estructura y/o los resultados concretos obtenidos con la intervención. Se pueden citar entre estas experiencias las que se están llevando a cabo en la Comunidad Autónoma de Madrid, como el programa de atención psiquiátrica a personas sin hogar o el proyecto Impacto de los Programas de Seguimiento en las Personas con Trastorno Esquizofrénico en la Comunidad (IPSE) (Alonso, Bravo y Liria, 2004). También se conocen experiencias cercanas al funcionamiento de equipos TAC en Cataluña, Galicia (Ferrol), Castilla la Mancha (Albacete), Canarias (Las Palmas, Tenerife) o Murcia (Cartagena y Lorca).

En Andalucía también se pueden señalar algunos desarrollos sobre el tema llevados a cabo en la Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UUGCSM) del Hospital Valme, y del Hospital Macarena en Sevilla; el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES) de la UGCSM del HRU Carlos Haya de Málaga o los equipos transversales de tratamiento intensivo de las UUGCSMs de los Hospitales de Jerez de la Frontera y de Puerto Real en Cádiz.

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

En la actualidad el equipo cuenta con 11 profesionales (2 psiquiatras, 5 enfermeros/as, 3 auxiliares de enfermería y un/a trabajador/a social) y atiende a un número de pacientes cercano a los 130. La totalidad de las personas atendidas por este equipo son del área sanitaria de Avilés (con aproximadamente 165.000 habitantes).

Según los datos del programa, la intervención parece haber logrado un importante descenso de los ingresos hospitalarios que, además, en un 90 % de los casos son voluntarios y programados. Se produce una mejora en el nivel de calidad de vida de los usuarios y usuarias.

En el dossier de información para profesionales incluido en el CD adjunto a este texto, se puede consultar un listado de materiales de interés para equipos de tratamiento asertivo en la comunidad y enlaces a sitios Web donde localizarlos.

2.5. Cuestiones éticas

Podríamos decir, sin temor a equivocarnos, que el modelo TAC encierra en sí mismo una paradoja, por otra parte muy común en la atención psiquiátrica de personas afectadas de enfermedad mental en la comunidad. El modelo tiene la aspiración implícita de favorecer la autogestión (*empowerment*) y autonomía de la persona atendida con la filosofía de la recuperación como base (Kidd y cols., 2010; Saylers y cols., 2010), pero el programa tiene, de manera habitual, como población diana a aquellas personas que por lo general no sienten necesidad alguna de estar involucradas con los servicios de Salud mental (Watts y Priebe, 2002). Sobre la base de esta paradoja surgen numerosas cuestiones de tipo ético vinculadas al procedimiento, que han sido señaladas de manera frecuente en los últimos años (Thogersen, Morthorst y Nordentoft, 2010; Katsakou y cols., 2010; Moser y Bond, 2009; Appelbaum y Le Melle, 2008; Priebe y cols., 2005; Monahan y cols., 2005; Williamson, 2002; Gomory, 2002; Stoval, 2001).

En su versión más radical, algunos trabajos (Gomory 2001; Spindel y Nugent, 2000; Gomory, 1999) plantean, abiertamente, que el TAC es paternalista y coercitivo por naturaleza. Argumentan que en buena parte de

los casos estos equipos actúan con poca legitimidad a nivel asistencial (basándose en sobrestimaciones del riesgo potencial que implicaría la no actuación para la persona afectada o su entorno) y sin tener ningún soporte de tipo legal que lo justifique. El resultado es que el equipo TAC entra en las vidas de las personas que trata, limitando su autonomía, capacidad de decisión y privacidad, por lo que la intervención se configura, en realidad, como una forma de control social que termina por imponer un modelo biomédico opresivo.

Sin necesidad de llegar a una posición tan extrema, sí parece cierto que el equipo TAC actúa sobre una población con necesidades especiales y un alto grado de vulnerabilidad. No es desdeñable la posibilidad de que éste pueda recurrir a prácticas de tipo coercitivo, en el supuesto básico de que, con su puesta en marcha, se incrementa la adherencia al tratamiento y/o disminuyen las conductas disruptivas de la persona atendida. La aplicación de este tipo de estrategias puede tomar diferentes caras, que abarcan desde sutiles formas de influencia y presión, hasta las maneras más explícitas que jugarían con la posibilidad del ingreso involuntario, el manejo del dinero u otros reforzadores necesarios para la persona, la potencial accesibilidad a recursos de tipo residencial o la instauración de pautas de tratamiento intensivas (generalmente a través de fármacos depot) con el objetivo de limitar la posibilidad de que el/la usuario/a muestre falta de adherencia a los tratamientos prescritos (Priebe, 2009; Moser y Bond, 2009).

La alusión a los aspectos éticos en este tipo de actuaciones, no es, por tanto, una cuestión menor y se mantiene aún vigente en el debate teórico. Son escasos los trabajos experimentales sobre cómo perciben realmente

las personas usuarias este tipo de procedimientos (Thogersen, Morthorst y Nordentoft, 2010; Appelbaum y Le Melle, 2008; Priebe y cols., 2005; Krupa y cols., 2005; Leipart y Barnes 2005; Watts y Priebe, 2002; Lang y cols., 1999) y además, buena parte de ellos adolecen de importantes limitaciones a nivel metodológico. Se trata de estudios de tipo cualitativo con criterios de selección de sujetos que introducen sesgos importantes en las conclusiones potencialmente extraíbles. Por ejemplo, se suele seleccionar a pacientes que ya están vinculados/as al procedimiento (el tiempo de permanencia oscila entre 6 meses y 1 año), obviando a las personas más problemáticas y que exhiben peor vinculación.

Salvando las limitaciones, anteriormente apuntadas, en prácticamente todos los estudios se llega a una conclusión común: las personas atendidas no perciben a los equipos de TAC como especialmente coercitivos, valoran positivamente estas intervenciones y prefieren este tipo de formato sobre el estándar. Las personas entrevistadas afirman que se sienten más reconocidas por los y las profesionales en sus problemáticas concretas a nivel social y personal (la medicación no es el foco exclusivo del tratamiento) y pueden establecer con el personal una relación terapéutica más estrecha (Priebe y McCabe, 2008; Priebe y cols., 2005).

La potencial aparición del fenómeno de la coerción en los equipos TAC es un tema complejo y multifactorial, siendo muchas las variables que pueden incidir en su génesis. La delimitación de estos factores es un tema que excede con creces el propósito de este texto. Sí quisiera el grupo autor de este documento, sin embargo, perfilar al menos 3 condiciones que, a su juicio, pueden estar a la base de este fenómeno:

1. La primera de ellas tiene que ver con las propias contradicciones que existen entre el contexto filosófico (Tepper, 2007; Farkas y cols., 2005), donde han de encuadrarse las actuaciones de los y las profesionales², y la tendencia social que, tras la desinstitucionalización, reivindica que los/as clínicos/as asuman el control de las personas definidas como de riesgo (Schanda, Stompe y Ortwein-Swoboda, 2009; Salize, Schanda y Dressing, 2008; Priebe y cols., 2005; Zinkler y Priebe, 2002). Moverse entre este tipo de fuerzas puede resultar complejo e incomodo para el personal que trabaja en este tipo de equipos. Por ello, se hace especialmente necesario que los y las profesionales de los ETAC sean capaces de realizar un análisis y crítica continua de sus intervenciones. Sólo de esta forma será posible evitar la tendencia a intervenir, olvidando que los derechos de las personas afectadas pueden resultar mermados.
2. La segunda de las condiciones que pueden filtrar la aparición de este fenómeno tiene que ver con las propias características de los/as pacientes. En este sentido se ha puesto de manifiesto que la coerción y la intrusividad percibida por las personas atendidas mantiene una estrecha vinculación con sus condiciones personales y de proceso (nivel de psicopatología, dependencia, locus control, etc.) y en algunos casos se sitúa al margen de las actitudes objetivas que pueda presentar el o la profesional (Moser y Bond, 2009).
3. La tercera de las condiciones que pueden actuar como facilitadoras de que la coerción aparezca tiene que ver con el grado de formación y com-

2 Filosofía de la recuperación y paciente como experto/a de su proceso de enfermedad.

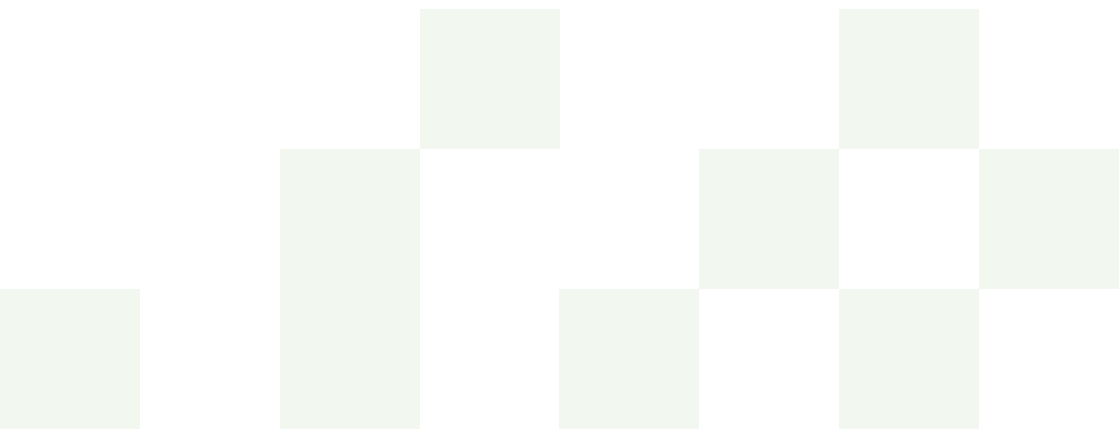
petencias específicas que exhiban los y las profesionales que componen el ETAC. Podríamos decir que la dimensión formativa y actitudinal, muy necesaria para cualquier intervención en el campo de la Salud mental, se configura en este caso como un factor crítico. Las personas integrantes de un ETAC se van a ver expuestas a situaciones complejas, con importantes cargas de estrés asociado, que pueden cuestionar o amenazar la utilidad de sus respuestas más convencionales (Nelson, Johnson y Bebbington, 2009). La formación y la actitud en estos momentos se configuran como factores clave para evitar la tendencia a exhibir actitudes rígidas y poco creativas. Si las variables anteriores no están suficientemente cuidadas parece probable que la actuación y las respuestas de tipo estereotipado (entre ellas las coercitivas) puedan emerger en el/la profesional como una reacción a la falta de control percibido sobre la situación. Se hace por tanto necesario que la selección de profesionales para estos equipos, más allá de afinidades de tipo personal o administrativo, se haga teniendo en cuenta las verdaderas competencias y actitudes de las personas que van a formar parte ellos (Young y cols., 2005; Young y cols., 2000; Coursey, Curtis y Marsh, 2000).

implementación de los ETAC en Andalucía

3.1. Objetivos generales y específicos de la intervención

Concretar objetivos y actividades de un programa TAC adaptado a las características del modelo asistencial comunitario de atención a la Salud mental en Andalucía resulta complejo y ambicioso. Las diferencias territoriales, la nueva ordenación de las Unidades de Gestión Clínica, el II PISMA o la incorporación del Proceso Asistencial Integrado TMG van a condicionar sustancialmente la implantación de estos programas.

El equipo autor de este documento considera que los objetivos deben plantearse de la manera más amplia posible y que cada zona geográfica debe adaptar el programa según las necesidades detectadas en su población.



3.1.1. Objetivos generales

1. Ofrecer atención sociosanitaria en el entorno natural de las personas que sufren TMG

No se debe perder de vista la realidad local y las habilidades de adaptación de las personas usuarias implicándolas en su propio proyecto de vida. El hogar es un lugar impregnado de la historia y de la cultura de cada paciente y de sus familiares. La casa, las personas del vecindario, las conocidas, su círculo de amistades, sus compañeros y compañeras de trabajo etc. componen el espacio vital de cada persona. En ese entorno es donde conoceremos si la actitud hacia el o la paciente es de tolerancia, soporte o rechazo.

Mantener estas personas en sus domicilios con una calidad de vida aceptable debe ser el eje fundamental de la intervención profesional; tampoco se debe olvidar la atención a ese otro grupo de población desprotegido que sufre la exclusión social, conocido frecuentemente con la denominación de «personas sin hogar».

2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados accesible y cercano

La continuidad de cuidados no se reduce exclusivamente a tener a una persona afiliada al mismo servicio y con los mismos referentes, sino que supone un trabajo activo de búsqueda de alternativas en función de las diversas necesidades que aparecen en el proceso personal de recuperación

de cada persona atendida. Para que el sistema sea eficaz de cara a garantizar la continuidad de cuidados debe cumplir las siguientes características:

1. Proveer de atención individualizada, consensuada y negociada con la persona afectada y el entorno familiar o de cuidados, para frenar los procesos de cronicidad, deterioro y abandono. La negociación dependerá de la calidad de la relación entre cada paciente y sus referentes. Esta relación será uno de los elementos determinantes del éxito, por lo que la planificación de los cuidados debe sustentarse sobre un compromiso a largo plazo, que requiere confianza y trabajo en equipo. El corazón de un ETAC efectivo son las relaciones terapéuticas entre cada paciente y sus referentes.
2. Adaptar las intervenciones necesarias a los estilos de vida en cada caso, al contexto cultural, a los ritmos individuales. Todo esto debe estar proyectado dentro del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) como herramienta donde se especifican las necesidades detectadas y las actuaciones que habrán de aplicarse (Consejería de Salud, 2006). Se ha de asegurar la concordancia de todas las intervenciones profesionales en los diferentes dispositivos implicados, independientemente que sean sanitarios o sociales.
3. La accesibilidad no sólo se contempla hacia el o la paciente, sino que es una característica fundamental que también será exigible hacia las personas cuidadoras. Estas personas juegan un papel central en la recuperación y por lo tanto sus necesidades deben ser reconocidas en el PIT.

4. Establecer criterios de prioridad asistencial destinados a los grupos de población más perjudicados con una propuesta de trabajo que nos permita fomentar la autonomía de cada paciente y su rol activo como ciudadano/a potenciando su corresponsabilidad en un proceso de recuperación largo y difícil.

3. Desarrollar equipos multidisciplinares e intersectoriales

1. El manejo del caso debe ser consensuado con cada profesional de los equipos implicados, sean éstos sanitarios o sociales. La eficacia del programa TAC depende en gran medida de la capacidad de trabajo en equipo de los y las profesionales que lo compongan. Por tanto, proponemos que antes de comenzar a funcionar los ETAC, y durante su primer año, se realicen acciones formativas donde se potencie el trabajo en equipo, la importancia de todas las disciplinas, la flexibilidad en las intervenciones, la comunicación efectiva y se superen prejuicios que perjudiquen la calidad de las intervenciones. La dinámica de trabajo que se cree en el equipo es fundamental para crear ETAC efectivos.
2. La accesibilidad entre profesionales también debe estar presente. En situaciones de crisis para el/la paciente o para su cuidador/a, es imprescindible asegurar el acceso a la persona de referencia en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y/o urgencias de las Unidades Hospitalarias de Salud Mental (UHSM), así como en el resto de dispositivos rehabilitadores de la red (Consejería de Salud, 2006). La experiencia conocida del equipo de Avilés (Martínez Jambrina, 2007) considera

el ETAC como un dispositivo de enganche y transición entre USMC y el resto de dispositivos rehabilitadores. Tenemos que asegurar la coordinación y colaboración con la red pública sociosanitaria que ofrece servicios básicos y necesarios para nuestra población, agilizando y recortando los trámites burocráticos.

4. Potenciar la prevención y promoción de la salud

El pacto europeo sobre Salud mental prioriza entre otros temas la promoción y prevención de la Salud mental (Comisión Europea, 2005). Su aplicación a las personas afectadas por TMG, implicaría desarrollar estrategias que permitan la detección y eliminación de disfuncionalidades, tanto en el plano físico como en el psíquico, que puedan actuar como potenciales agentes limitadores de la calidad de vida de la persona usuaria (niveles de prevención secundario y terciario).

Es necesario frenar el deterioro y el abandono que produce la enfermedad mental en la persona afectada, por un lado, generando en él actitudes activas de cuidado y promoción de la salud, y por el otro, intentando disminuir el estigma.



3.1.2. Objetivos específicos

3.1.2.1. Con las personas atendidas

1. Lograr una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento.

Los y las pacientes de difícil o nula vinculación a los dispositivos, con frecuencia son quienes sufren mayor deterioro y abandono en todas las áreas de la vida cotidiana. En estos grupos, que a menudo rechazan la intervención, es difícil conseguir colaboración y predomina el rechazo a todo lo sanitario.

En estas circunstancias, el periodo de enganche y de acercamiento es muy difícil de determinar, pudiendo ser necesarios dilatados periodos de tiempo para conseguir una alianza terapéutica mínima. La duración de este periodo dependerá de cada paciente y debe permitir consensuar las futuras intervenciones que serán de especial interés para la persona atendida.

2. Desarrollar las capacidades de cada paciente.

Uno de los pilares fundamentales es el fomento de la autonomía, base importante donde se sostienen otras características de las personas afectadas. La filosofía de trabajo ha de estar basada en el modelo de competencias, es decir, ha de poner especial énfasis en la utilización y desarrollo de las capacidades y cualidades más conservadas y características de cada paciente. La intervención se debe ajustar a las necesidades percibidas por el o la usuario/a. Este ajuste es complejo ya que no siempre son coincidentes las necesidades percibidas por la persona atendida con las detectadas por el equipo terapéutico.

Se plantea una guía orientativa de intervenciones a desarrollar organizada en 6 bloques diferenciados de capacidades. El análisis de cada caso nos debe permitir conocer y consensuar con la persona atendida el número y tipo de actividades a trabajar, teniendo en cuenta sus capacidades y las necesidades percibidas. Los bloques de intervenciones propuestos son:

1 Habilidades de autocuidado: este área está directamente relacionada con el estilo personal, hábitos y costumbres, por lo que hay que tener un especial tacto a la hora de modificar algunos cuidados que le puedan beneficiar. Cabría integrar aquí como objetivos potenciales de trabajo:

- Higiene e imagen personal.
- Pautas adecuadas de descanso.
- Dieta equilibrada.

2 Habilidades instrumentales (habilidades para la vida diaria): en este área de trabajo tenemos que evaluar la presencia o ausencia de habilidades críticas para la adaptación y, en el caso de que se aprecien déficits específicos, diseñar un entrenamiento para fomentar su autogestión. En la mayoría de las ocasiones será necesario realizar el acompañamiento en la gestión hasta su resolución. Hay determinadas actividades que se pueden manejar en el propio domicilio y otras para las que tenemos que contar con otros servicios sociosanitarios. Las principales actividades instrumentales de la vida cotidiana son:

- Cuidado del espacio de convivencia y privado.
- Uso de sistemas de comunicación (telefonía móvil, etc.).

- Manejo doméstico (preparación de comidas, cuidado de la ropa, identificación de riesgos domésticos y capacidad de respuesta y resolución ante los riesgos). En este caso, si es posible, hay que potenciar la participación de la persona en la oferta de actividades formativas y talleres que se realicen en su comunidad.
- Capacidad en el mantenimiento de la vivienda, condiciones, instalaciones, mobiliario básico y enseres.
- Capacidad para encontrar una vivienda digna, negociar contrato de alquiler etc.
- Capacidad para comprar y desenvolverse en las tiendas.
- Organización económica (búsqueda de recursos económicos, manejo y planificación de sus ingresos, necesidad de protección jurídica).
- Traslado y uso del transporte.
- Manejo de las gestiones administrativas (renovación de documentos, rellenar formularios, solicitudes, petición de información, gestiones bancarias).

3 Elaboración y cuidado activo de la salud: conseguir la adherencia a los dispositivos de salud debe ser un objetivo primordial, teniendo en cuenta que el TAC se mantendrá hasta que la vinculación a los servicios este consolidada. No obstante hay personas cuya vinculación a otros servicios será poco probable y van a necesitar del ETAC de forma indefinida. Las actividades de cuidado de la salud que se trabajan son:

- Mantenimiento del tratamiento farmacológico (gestión de recetas y adquisición de medicinas, valoración de los efectos secundarios).
- Cuidados de enfermedades somáticas y el seguimiento de los controles analíticos, contando con la enfermería gestora de casos de los centros de Atención Primaria.

- Identificación y manejo de pródromos.
- Identificación y abordaje de conductas adictivas.
- Identificación y abordaje de hábitos sexuales (riesgo de embarazo/métodos anticonceptivos, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, actitud ante las relaciones sexuales, etc.).
- Participación en actividades de psicoeducación (individual o grupal).

4 Apoyo psicológico, orientado hacia el manejo de síntomas y emociones desadaptadas y el afrontamiento de problemas. Requiere una buena alianza terapéutica con la persona afectada y una excelente coordinación entre todos las personas miembros del equipo.

Algunas de las áreas de trabajo serían:

- Manejo de los síntomas positivos, negativos y/o conductas perturbadoras.
- Conciencia de enfermedad.
- Identificación de situaciones estresantes y/o disruptivas.
- Autoestima.
- Motivación.

5 Estructuración ocupacional: En este bloque hay que trabajar las siguientes habilidades:

- Capacidad de planificar el tiempo diario, semanal etc.
- Capacidad para combinar las actividades de ocio, laboral, doméstica y de autocuidados.

- Búsqueda y/o mantenimiento de una actividad ocupacional, formativa, o laboral.

6 Apoyo en las relaciones sociales: Aquí se trabaja lo siguiente:

- Nivel de sociabilidad y búsqueda de compañía.
- Consideración y preocupación por otros.
- Relaciones con el entorno de convivencia.

En la medida que cada paciente lo permita, y sea una expectativa real y posible, debemos derivar ciertos abordajes a los diversos servicios sanitarios y sociales de la zona geográfica de referencia del dispositivo en el que está siendo atendida la persona, respetando los protocolos y los sistemas organizativos establecidos.

No podemos olvidar que el TAC está orientado a personas con difícil o nula vinculación a los servicios, y cada intervención debe ser planificada para que, en un plazo razonable, estos individuos estén vinculados al menos a un equipo donde puedan recibir los cuidados necesarios.

3.1.2.2. Con el medio familiar

El sistema sanitario formal y el sistema de apoyo informal tienen que trabajar en una relación de ayuda mutua. Para que esto sea realmente posible, es necesario que las personas que integran el equipo TAC tengan en cuenta en sus actuaciones una serie de consideraciones entre las que destacamos:

- No siempre las necesidades familiares coinciden con las de las personas atendidas, por lo que hay que garantizar la diferenciación de nuestras intervenciones respetando el espacio convivencial.
- La combinación de sentimientos de culpa y el estigma de la enfermedad mental colaboran al aislamiento social de las familias, por lo que suelen carecer de relaciones sociales a las que solicitar apoyo. Esta situación incrementa las vivencias subjetivas de carga.
- El agotamiento de las personas que componen el sistema de contención familiar puede terminar por generar la aparición de respuestas emocionales disruptivas en sus miembros (criticismo, sobreimplicación, hostilidad). Estas respuestas promueven la creación de un ambiente cargado de estrés que puede resultar nocivo para el o la paciente. Este tipo de situaciones requieren de una especial atención, que exige a los/as profesionales la capacidad de establecer una relación de comprensión y apoyo. Esta relación es necesaria para ayudar a las personas que componen la unidad familiar a afrontar aquellos problemas que amenazan en mayor medida la convivencia.
- Entre los problemas a los que tienen que enfrentarse las cuidadoras y cuidadores familiares destacamos: el manejo de la sintomatología y conducta de la persona afectada, el aislamiento, la dificultad para compatibilizar las necesidades de la persona a la que cuidan con las propias, la incapacidad para llevar a cabo una vida normal, el uso inadecuado de la medicación y la percepción negativa de la ayuda que proviene de los y las profesionales sanitarios (Hooley y Campbell, 2002; Wuerker, Haas y Bellack, 2001).

- Las conductas más comúnmente asociadas al criticismo por parte de los familiares suelen estar vinculadas a síntomas negativos de la enfermedad como: la pasividad de la persona con TMG, su falta de participación en las tareas del hogar, la lentitud, la apatía, las dificultades en el autocuidado, la comunicación y la higiene personal. (Lobban, Barrowclough y Jones, 2005).

Subrayado lo anterior, el abordaje familiar se considera una intervención básica en el proceso terapéutico para el o la paciente y una medida protectora hacia la cuidadora o cuidador. Para que este abordaje y resulte eficaz, las personas encargadas del cuidado deben:

- Participar directamente y activamente en el proceso.
- Entrenarse en las estrategias de afrontamiento más eficaces y menos costosas.
- Manejar situaciones que dificultan la prestación de cuidados y a su vez el buen desarrollo del proceso.

Para responder de una manera eficaz a las necesidades de las familias, el ETAC debe:

1. Mantener un buen nivel de comunicación y cercanía afectiva con ellas.
2. Apoyar, informar y educar a los y las miembros de la familia y/o cuidadores o cuidadoras personales o institucionales.
3. Mejorar las relaciones de convivencia y corresponsabilidad en las tareas de la vida cotidiana.

4. Incrementar la capacidad de manejo en los conflictos.
5. Ofrecer ayuda en situaciones de crisis.
6. Reforzar el conocimiento y la utilización adecuada de los recursos sanitarios y sociales.

En el documento dossier de información para personas usuarias y familiares, ubicado en CD adjunto, se puede acceder a folletos informativos para pacientes y familiares, adaptados del material ofrecido por la SAMHSA.

3.1.2.3. Con los servicios sanitarios

La mera externalización de los servicios en el medio natural no garantiza la provisión de una atención integrada y comunitaria. Se hace necesario volver a hacer notar que los ETAC no vienen a suplir estas carencias, sino a complementar a los equipos especializados allí donde éstos no pueden llegar (Hernández Monsalve, 2004). La cooperación y colaboración en la red sanitaria sigue siendo una asignatura pendiente en el sistema. Buena parte de los potenciales resultados que puede obtener el ETAC van a estar condicionados porque éste sea capaz de articular respuestas coordinadas con otras instancias asistenciales de la red de Salud mental. Los objetivos en este ámbito son:

1. Trabajar en coordinación con los diferentes dispositivos. El establecimiento del PIT, que se exige desde la implantación del Proceso TMG, puede favorecer una línea de intervención homogénea y coordinada.

2. Utilizar la hospitalización, no como último recurso cuando la situación es insostenible, sino como un instrumento positivo para disminuir situaciones estresantes derivadas de la descompensación. Los ingresos programados y consensuados con cada paciente pueden ser de corta duración y eficaces para evitar escaladas sintomáticas. El ETAC habría de garantizar la continuidad de cuidados a través de visitas a la persona ingresada y participar, con los/as responsables del caso en el hospital, en la planificación del alta.
3. Ofrecer apoyo y acompañamiento en el proceso de adherencia a la USMC de la persona afectada.
4. Facilitar la relación de los equipos de Salud mental con Atención Primaria y viceversa, conseguir mayor flexibilidad en la estructura del trabajo.
5. Utilizar la enfermera gestora de casos para potenciar el cuidado de las enfermedades somáticas y el seguimiento de pruebas específicas.

3.1.2.4. Con la red de apoyo social

La filosofía comunitaria es la base de la atención en Salud mental pero, ¿sabemos trabajar en y con la comunidad? La comunidad tiene un enorme potencial terapéutico, pero no es fácil trabajar en ella, y por lo complejo que resulta es tentador utilizar esta dificultad como justificación para dejar las cosas como están. (Martínez Jambrina y Peñuelas Carnicero, 2007).

La comunidad es todo un recurso. En muchas ocasiones no es que haya falta de recursos, sino que se desconocen, no se sabe como utilizarlos o cuáles están disponibles. (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987).

Desde una concepción integral, la separación de lo social y lo sanitario no es fácil, más bien es una línea continua donde se mezclan las necesidades, de tal manera, que la interdependencia y actuación coordinada debe ser una característica básica de las instituciones de bienestar social. Es imposible segregar las diferentes necesidades o problemas de las personas. (García Herrero, 1987)

Tenemos la obligación de llenar de contenido el espacio sociosanitario (salud, servicios sociales, organizaciones ciudadanas, FAISEM, etc.), utilizando todos los recursos existentes y en su caso, potenciando la creación de nuevos. En este espacio trabajarían estrechamente profesionales de salud, servicios sociales, entes locales, población general y organizaciones ciudadanas (Consejería de Salud, 2003).

Como bien sabemos, existen tensiones entre diferentes disciplinas, entre los diferentes servicios sanitarios, sociales, educativos, culturales, de menores, deportivos, de justicia etc. El buscar una trayectoria común que sea aceptada por profesionales de organismos diferentes, con objetivos y financiación diferenciados, es tarea fundamental aunque compleja. En este contexto debemos reconocer la importancia de las actividades intersectoriales que son complementarias y compatibles. La capacidad de coordinación-cooperación y el grado de actuación conjunta es primordial para conseguir el objetivo central de este programa y para garantizar la continuidad de cuidados eficaz, accesible y normalizadora.

Los objetivos aquí son:

1. Con los recursos públicos no sanitarios

1 Coordinarse con:

- Los Ayuntamientos, en sus diferentes concejalías (mujer, servicios sociales, vivienda, formación y empleo, deportes, educación, medio ambiente,...).
- La Consejería de Igualdad y Bienestar Social:
 - Recursos que intervienen a través de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Unidades de Estancia Diurna, ayuda económica, recursos residenciales, apoyo domiciliario...).
 - Recursos ligados a políticas locales dirigidas a personas con discapacidad.
 - Red de atención a las drogodependencias.

2 Contar con un censo actualizado de recursos normalizadores.

3 Conseguir mayor implicación en la cobertura de necesidades básicas de los y las pacientes.

4 Promover una vía directa, ágil y eficaz con las personas responsables con capacidad de gestión y de respuesta en estos recursos. En demasiadas ocasiones, se realizan colaboraciones puntuales a nivel local, en la que las personas con problemas mentales compiten, sin muchas garantías, con otros colectivos necesitados menos estigmatizados.

- 5 Encontrar, conservar y desarrollar entornos y contextos de apoyo social para la persona con TMG y su familia.

2. Con los recursos privados

- 1 Conocer la zona donde la persona afectada vive y qué servicios ofrece. El uso de los recursos de la comunidad ayuda a mantener a ésta en su entorno.
- 2 Acercar y acompañar al/a la paciente que lo requiera, a los recursos privados de la zona, para favorecer la integración en las actividades que sean de su interés.
- 3 Establecer canales operativos de comunicación con los siguientes recursos:
 - asociaciones de familiares,
 - asociaciones de autoayuda,
 - centros residenciales,
 - Cáritas,
 - talleres ocupacionales,
 - empresas protegidas de empleo,
 - Fundosa.³

3. Con la red de FAISEM

FAISEM, es el proveedor directo más importante de servicios en el plano social para la atención a personas con TMG en nuestra Comu-

³ FUNDOSA es una fundación de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) dirigida a fomentar y generar empleo para personas con Discapacidad.

nidad Autónoma. Que el ETAC sea capaz de establecer vías ágiles de coordinación con las personas responsables de los diferentes recursos a utilizar se configura como una variable crucial para poder dar una respuesta integral a las necesidades de las personas afectadas.

Los objetivos aquí son:

1 Con los recursos residenciales: Estos espacios convivenciales van dirigidos a personas con TMG que presentan dificultades en normalizar su vida.

- Para favorecer la adaptación de las personas derivadas a estos recursos, los ETAC habrán de garantizar una adecuada continuidad asistencial, facilitando la atención del usuario, con el tiempo y la frecuencia necesaria, y ofreciendo apoyo y asesoramiento a los/as profesionales de los mismos.

2 Con los recursos ocupacionales y laborales:

- Ofrecer acompañamiento a cada paciente durante el tiempo necesario para favorecer la integración a las actividades que sean de su interés.
- Trabajar la motivación de las personas susceptibles de TAC para su inclusión en los recursos.
- Articular un seguimiento continuado para valorar la evolución y anticipar dificultades en la adaptación.
- Crear canales directos de contacto y coordinación.

3.2. Perfil de pacientes diana: criterios de entrada y salida del programa

Los servicios públicos crean nuevos programas para dar respuesta a las necesidades asistenciales de una determinada población cuando se estima que los recursos actuales proveen de una respuesta parcial o insuficiente. El TAC pretende dar soluciones diferentes a la atención actual. Un tema importante, de inicio, es delimitar el perfil de pacientes que se pueden beneficiar de estos nuevos programas. Esto es muy relevante, por un lado, para no crear falsas expectativas tanto en usuarios/as como en profesionales, como por otro, para garantizar la eficacia de dichos programas. Tener claramente identificada la población diana está considerado como uno de los elementos claves del TAC. (Martínez Jambrina, 2007; Rosen, Mueser y Teeseon, 2007; Allness y Knoedler, 2003).

Estos programas están dirigidos a las personas diagnosticadas de trastorno mental grave, que están o pueden llegar a estar en una situación de alto riesgo (de suicidio, recaída, abandono, explotación o abuso, desinhibición, deterioro cognitivo o riesgo para personas menores). Estas situaciones conllevan un grado importante de sufrimiento, inestabilidad, aislamiento y abandono. Un porcentaje elevado de casos va a presentar comorbilidad, habitualmente, aunque no de manera exclusiva, con abuso de sustancias. Estos casos requieren una atención multisectorial (servicios sanitarios y sociales, vivienda, educación, justicia, etc.).

El programa TAC se ha diseñado para atender a personas que sufren TMG. Según el Proceso Asistencial Integrado del TMG de la Consejería de Salud (Consejería de Salud, 2006) este trastorno se caracteriza por:

1 Presentar una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que:

- Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con otras personas.
- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

2 Necesitar un abordaje complejo, incluyendo:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Actuaciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.

3 Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

- Presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa en los servicios.

También se entenderá que padecen TMG aquellas personas que presenten inicialmente alguna sintomatología y por tanto presentan riesgo de sufrir

los síntomas de forma prolongada, presentar discapacidad y/o necesitar abordaje complejo de atención.

Estos criterios hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas de la CIE 10: F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.1, F60.3 (OPS, 1995). Las categorías diagnósticas F23, F30 y F32, a pesar de ser trastornos episódicos, serán incluidas como TMG hasta que se confirmen de forma definitiva dichas categorías.

3.2.1. Criterios de inclusión

El primer dato que es necesario clarificar, es que el programa TAC no va dirigido a la totalidad de usuarios/as del SSPA susceptibles de incluir en el proceso TMG. La condición de persona afectada por un TMG es necesaria, pero no suficiente, para poder acceder a este tipo de programas. Hoy día, contamos con suficiente evidencia empírica como para poder delimitar la tipología concreta de personas atendidas a las que debería dirigirse la intervención, para lograr que los parámetros de calidad, efectividad y eficiencia de la misma estén en todo momento garantizados. (McCrone y cols., 2009; Killaspy, Johnson y Bebbington, 2008; Burns, Catty y Wright, 2006).

En las personas incluidas en este programa además de padecer TMG, deben darse al menos dos de las siguientes circunstancias:

- Estar desvinculadas o en riesgo de desvinculación de los servicios de Salud mental del SSPA.

- Presentar dificultades importantes para su reinserción social y no tener garantizada la cobertura de sus necesidades más básicas: alimentación, alojamiento y asistencia sanitaria.
- Requerir de apoyo continuado para hacer uso de los recursos y prestaciones a que tienen derecho.
- Presentar una mala adherencia a los tratamientos prescritos, lo que provoca ingresos continuados en el tiempo (pacientes de «puerta giratoria»).
- Presentar una evolución tórpida del trastorno, con numerosos déficits que dificultan la adaptación a la vida comunitaria y no contar con apoyo socio-familiar o que éste sea desfavorable.
- No presentar diagnóstico primario de trastorno de personalidad. En la literatura científica se señala de manera consistente que en este perfil la intervención es claramente ineficaz e incluso iatrogénica (Rosen, Mueser y Teesson, 2007; Burns y Firn, 2002).
- Tener una edad comprendida entre los 18 y los 60 años.

En líneas generales, podríamos decir que las personas que se pueden beneficiar de la intervención por parte de los ETAC son aquellas que presentan, por diferentes causas, una mayor gravedad en su proceso de enfermedad. La utilización de los criterios anteriormente señalados permite, con un margen de error razonable delimitar esta población.

Algunos autores (Lora, Veis y Erlicher, 2007) plantean la necesidad de integrar otras variables más operativas, en concreto sugieren la utilización de un punto de corte igual o mayor de 15 en la escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) (Uriarte y cols., 1999), con el objetivo de limitar la variable subjetiva a la hora de identificar los/as usuarios/as potenciales.

3.2.2. Criterios de salida

Según determinados estándares para los equipos TAC (Young, Clark, Moore y Barrett, 2009; Allness y Knoedler, 2003) se procede al alta cuando desde la persona atendida y desde el propio programa se valora la terminación de los servicios. Esto ocurre cuando el o la paciente:

- Ha conseguido los objetivos individuales explicitados en su plan.
- Ha mostrado competencia en el manejo de las áreas básicas de su vida cotidiana sin la necesidad de la asistencia del programa.

Adicionalmente el equipo autor del presente documento plantea los siguientes criterios a tener en cuenta:

- La duración mínima de la intervención con el TAC será de tres años.
- Si la persona atendida está estabilizada y ha cumplido los objetivos marcados, pasará durante un año más un periodo de transición y adaptación al alta. En este año el tratamiento que recibe será menos intensivo y se espaciarán los contactos con el ETAC. De forma paralela, se debe incorporar al dispositivo de la red de Salud mental pertinente. Paulatinamente se irán disminuyendo los contactos con el equipo TAC, al mismo tiempo que aumenta su adherencia a su nuevo dispositivo.
- Si tras ese periodo de tres años con el TAC, el equipo considera que el usuario puede seguir beneficiándose de la intervención, ésta se mantendrá en el tiempo hasta que se considere oportuna el alta.

- Por otro lado, si tras un año de seguimiento una persona no se beneficia del TAC, se sugiere que el caso sea planteado en Comisión TMG para su estudio y valoración de alternativas.
- Si una persona se ha beneficiado de este programa y se encuentra en situación de alta, pero se detecta un inicio de recaída, o solicitud expresa por parte de la persona de ser atendida por el ETAC, debe tener entrada al programa sin repetir el proceso de derivación. El ETAC deberá informar a su USMC de procedencia.

3.3. Criterios de derivación

Las USMC realizan un censo administrativo de las personas que sufren un trastorno mental grave. Estos dispositivos son los que pueden valorar si alguien puede beneficiarse de este programa, por lo que parece evidente que deben ser los que deriven los casos al ETAC.

Sin embargo, existen casos de desvinculación de los servicios y múltiples hospitalizaciones que no llegan a ser conocidas por parte de las USMC. En estos casos, ¿cómo se derivarían si no toman contacto? Volviendo a las diferencias territoriales, tanto en la organización como en el funcionamiento de los dispositivos, tenemos que esforzarnos en buscar una fórmula ágil y eficaz.

Por otro lado, las Comisiones de TMG están funcionando ya en el territorio andaluz y podría ser el canal más idóneo para formular la

propuesta de derivación. La inclusión del usuario en el programa TAC podrá ser solicitada, en primera instancia tanto por las USMC como por las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM). El procedimiento de derivación debe ser a través de la presentación del caso en la Comisión de TMG de su UCG. Esta revisa el cumplimiento de los criterios y decide si debe seguir adelante con la derivación, o si por el contrario existen otras intervenciones a valorar al margen del TAC. Las personas procedentes de una UHSM o de cualquier servicio comunitario, no conocidas por la USMC correspondiente, se deberán adscribir a ésta última de forma automática, afiliándoles un/a facultativo/a de referencia.

Tras esta derivación, el equipo TAC dispone de un mes para evaluar tanto a la persona afectada como a su entorno y decidir si es susceptible de beneficiarse de esta modalidad de tratamiento. Por tanto, no todos los casos que se planteen serán aceptados por el ETAC. Tanto la aceptación como la devolución deben realizarse en una reunión con los referentes principales de las USMC. En caso de valoración negativa de la inclusión por parte del equipo TAC, éste habrá de desarrollar un informe razonado sobre las causas de la misma. Este informe deberá ser expuesto en la Comisión TMG de la UGC correspondiente donde se valoraran posibles alternativas de respuesta al caso.

Para agilizar trámites burocráticos, en el caso de pacientes que no tienen su PIT cumplimentado, se deben aportar los informes clínico y social. Estos informes recogerán los criterios observados que motiven la petición y objetivos de la derivación.

El ritmo de admisión de pacientes dentro del ETAC no debe superar, en ningún momento, los 4 ó 5 casos por mes (Allness y Knoedler, 2003). Varias razones sustentan lo apuntado: en primer lugar, la acogida requiere bastante dedicación, pues de ella depende la vinculación posterior de la persona atendida al programa; en segundo lugar, el equipo debe disponer de suficiente tiempo para evaluar el caso antes de decidir si está indicada o no la intervención; por último, si no se establecen ritmos de admisión se corre el riesgo de que el tratamiento pierda calidad, puesto que la dedicación a la acogida y evaluación de nuevas incorporaciones puede incidir en el descuido de las intervenciones que se realizan con pacientes de largo recorrido en el programa.

3.4. Composición y funcionamiento del equipo de tratamiento asertivo comunitario

Si hubiera que subrayar una característica dentro de la metodología de abordaje de los programas TAC, ésta sería, sin duda, el trabajo en equipo. El trabajo en equipo implica que diferentes personas, con diferentes funciones, trabajan juntas, de forma que la aportación de cada una aumenta el rendimiento del resto (Wright, 2006). Esta forma de funcionamiento permite una visión más amplia e integrada de los problemas y necesidades de la persona afectada y también, nuevas y más creativas soluciones ante tales problemas. El equipo es más que la suma de las aportaciones de cada uno de sus miembros por separado (Allred, Burns y Phillips, 2005).

En este modelo de actuación todos los miembros son igual de importantes y todas las aportaciones son útiles. El líder del grupo no toma las decisiones de manera unipersonal ni tiene como función principal la de controlar al resto de profesionales. Sus funciones son las de promover la participación de todos los integrantes del equipo de trabajo, orientar las aportaciones realizadas en el sentido más apropiado, dinamizar el trabajo y asesorar en las decisiones complejas.

Para prestar una atención sociosanitaria y rehabilitadora a las personas con trastornos mentales graves, según el modelo de TAC, es preciso tener el compromiso de sus integrantes, creer en el modelo como la mejor forma de organización de la atención y contar con el respaldo institucional.

3.4.1. Composición de los equipos

Hemos señalado con anterioridad la importante heterogeneidad que existe a la hora de poner en marcha este tipo de estrategias y como, en buena parte de los casos, se están produciendo adaptaciones del procedimiento original. Hoy día, la mayoría de las experiencias, sobre todo en el contexto europeo, apuestan por perfilar el procedimiento a partir de las necesidades detectadas y del desarrollo específico de servicios que en cada país o región exista (Johnson, 2008; Drake y Deagan, 2008; Thornicroff y Tansella, 2004).

Podríamos decir que lo importante ahora no es que el procedimiento sea fiel a los principios originales (reivindicación habitual en los estudios americanos), sino que el diseño de la estrategia ofrezca una respuesta eficaz y

eficiente a las demandas asistenciales concretas de una determinada área sanitaria. En este contexto, el TAC surge como respuesta a problemas asistenciales detectados y se configura como un complemento a las intervenciones habituales utilizables con el usuario o usuaria, por los diferentes equipos asistenciales de la red. La inclusión de una persona afectada en este tipo de programas ha de venir determinada por el fracaso previo de los tratamientos anteriores prescritos.

En este apartado cabrían, al menos dos cuestiones, de índole eminentemente práctica, que tendríamos que ser capaces de responder:

1. ¿Cuántos equipos de TAC serían necesarios?
2. ¿Qué profesionales deberían incluirse?

3.4.1.1. Dimensionamiento de los equipos TAC

Sobre el dimensionamiento de los equipos de TAC existe, como en otros aspectos del procedimiento, debate entre diferentes posturas. Hay cierto consenso, en las publicaciones americanas, en que del 20 al 40% de las personas afectadas por enfermedad mental grave van a ser subsidiarios de TAC (Allness y Knoedler, 2003). Sin embargo, estas cifras están extraídas de su realidad asistencial que poco o nada tiene que ver con la nuestra. De hecho, la opinión más general en los trabajos realizados en Europa es que estas cifras están sobredimensionadas y tienen poco soporte empírico, situándose las estimaciones sobre cifras nunca superiores al 20 % del censo de pacientes con patología mental grave (Van Os, 2009; Van Veldhuizen, 2007).

Un factor añadido al anterior y que es necesario tener en cuenta, tiene que ver con la eficiencia de estos equipos. Se ha puesto de manifiesto que, para que estos equipos sean realmente costo-eficientes, han de centrarse en los casos más graves (Rosen, Mueser, Teesson, 2007), en personas atendidas abiertamente desvinculadas de los servicios y/o que tengan un perfil de reingreso o estancias hospitalarias importante —más de 3 ingresos o 50 días de estancia al año— (Latimer, 1999). Estos datos circunscriben aún más la población potencial a atender.

De acuerdo con lo mencionado, son posibles dos estrategias para delimitar el número de equipos. Una primera basada en estimaciones realizadas sobre el censo de pacientes con TMG, asumiendo como población potencialmente subsidiaria el 20 % de este censo. Una segunda que plantea trabajar, si no se cuenta con censo de pacientes con TMG, sobre estimaciones basadas en datos recogidos por las UHSM relacionados con las características (número, perfil, procedencia etc.) de pacientes con una alta frecuencia de reingreso. Con estos datos sería posible realizar una previsión del número, localización y dimensionamiento de los equipos, intentando que éstos se pongan en marcha allí donde sean necesarios y que su actividad sea realmente costo-eficiente (Cuddeback, Morrissey y Meyer, 2006).

La delimitación del número de ETAC necesarios está muy relacionada con el número potencial de personas que van a tener que atender. Teniendo en cuenta, además, la realidad asistencial actual, donde no parece previsible un incremento sustancial de los recursos humanos, vemos dos escenarios posibles:

1. La creación de equipos de atención de corte transversal,

compuestos por profesionales de diferentes dispositivos (preferentemente USMC y de tercer nivel), que actúan «liberados» parcialmente de su tiempo asistencial habitual para dedicarse a estas funciones. Esta opción puede resultar la más ventajosa de cara a la gestión, porque no supone incremento de plantilla y puede ser una buena estrategia para la diseminación inicial de este tipo de procedimientos. Sin embargo, es necesario hacer notar que presenta también un elevado número de riesgos entre los que destacamos:

- 1 Riesgo de fragmentación en la coordinación del equipo.** El equipo TAC mantiene como una pieza fundamental la estrecha coordinación entre cada uno de sus miembros, algo que funcionando de esta forma puede quedar seriamente limitado.
- 2 Riesgo de desmotivación de los y las profesionales:** el incentivo y la motivación del personal es uno de los motores del TAC. Si un o una profesional se encuentra «dividido» entre una atención más clásica y segura y otra que le expone a mayor tensión en sus actuaciones, será muy probable que opte por refugiarse en la primera.
- 3 Riesgo de sobrecarga asistencial:** si no se cuida, de forma precisa, puede acontecer que el equipo TAC se encuentre más sobrecargado, al tener que dar respuesta a dos agendas, la propia del dispositivo de referencia y la nueva del TAC.

- 4 Riesgo de ruptura en la continuidad de la atención:** una de las características del TAC es la cercanía en la respuesta a las necesidades de la persona atendida. Un equipo de estas características va a tener serias dificultades para poder abordar los problemas que la persona presente con celeridad.

El hacer notar las limitaciones de esta vía no debe ser entendido como una negativa frontal a esta opción, sino más bien sitúa a ésta en un contexto más realista. Esto es especialmente importante, si tenemos en cuenta que estas estrategias se van a incorporar al sistema y van a ser «miradas con lupa» para evaluar sus resultados.

Parece claro que objetivar los rendimientos concretos de estos procedimientos es necesario. Pero, a través del desarrollo de equipos de corte transversal, pocas o ningunas conclusiones se podrían sacar sobre la eficacia real del TAC ya que llevándolas a cabo se soslayarían elementos centrales de este procedimiento. Por ello, hay que señalar un riesgo añadido, que estas actuaciones sean evaluadas y desechadas como poco eficaces o rentables, olvidando que su procedimiento y formato nació ya condicionado. Al hilo de lo anterior, el grupo de elaboración de este documento, considera necesario no denominar a estos equipos transversales como ETAC. Se propone denominar a éstos equipos como Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC).

En cualquier caso, la creación de equipos transversales sólo debe considerarse como una opción en el caso de que exista una población a

atender limitada que en ningún caso deberá superar de veinte usuarios/as. Incrementos de carga asistencial por encima de estos números van a exponer al equipo a tensiones en su funcionamiento que, con una alta probabilidad, van a hacerlo inoperante.

Salvada la premisa anterior, consideramos además que han de darse una serie de condiciones, que podríamos llamar de seguridad, de cara a minimizar las amenazas al funcionamiento óptimo. Destacamos algunas de ellas:

- el equipo ha de tener un número mínimo de profesionales dedicados que en ningún caso debe de ser menor de seis;
- la organización interna del equipo ha de garantizar que todos los días haya profesionales de enfermería disponibles (enfermeros/as y auxiliares);
- es más apropiado liberar días que liberar horas en el personal, ya que la propia naturaleza de la actuación es poco previsible en cuanto a tiempos y puede ser un factor de estrés añadido;
- es recomendable que el equipo cuente con miembros fijos (por ejemplo 1 enfermero/a y 1 auxiliar o monitor/a) que provean de continuidad a la atención;
- la organización del trabajo debe garantizar al menos dos reuniones de coordinación y revisión de casos semanales;
- sería conveniente que al menos el 50% del personal integrado en el equipo, pudieran contar con la posibilidad de flexibilizar sus agendas, para dar respuesta a demandas urgentes que se puedan plantear (similar a una guardia localizada). Esta situación puede ser rotatoria y

habría de mantener siempre como mínimo a un/a facultativo/a, un/a enfermero/a y un/a auxiliar o monitor/a.

Las condiciones apuntadas suponen la dotación de un cierto margen de seguridad al procedimiento, pero es necesario volver a hacer notar que ésta no es más que una salida en precario. Se trata de una solución posible en un escenario de recursos limitados pero, muy posiblemente, limitada en cuanto a la amplitud de sus resultados.

2. La creación de equipos independientes de atención. Constituiría la opción más válida y respondería a la verdadera filosofía y formato de actuación del TAC.

El equipo se conforma, en esta opción, como una unidad independiente. Las tareas y actividades del equipo profesional estarían integradas dentro de la cartera de servicios que se establezca dentro de cada UCG. Para este tipo de equipos proponemos la denominación de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).

En este caso, el grupo redactor de este documento cree relevante delimitar dos aspectos:

- 1 **El volumen mínimo de pacientes a atender:** el equipo TAC debería configurarse en torno a una agenda no menor de cuarenta o cincuenta personas, para que su funcionamiento fuera rentable y eficiente.

- 2 El número de profesionales:** es necesario dotar al equipo de una masa crítica mínima que permita su operatividad y que debe de situarse alrededor de cinco o seis profesionales.

Otra cuestión de relevancia tiene que ver con la tipología de profesionales que se han de integrar en los equipos; éste tampoco es un tema exento de controversia. Dependiendo del lugar de donde se extraiga la información y del grado de integración de la categoría profesional concreta en ese contexto sanitario van a ser postulados unos/as profesionales u otros/as. La figura siguiente resume las propuestas de los diferentes trabajos.

FIGURA 2. PROFESIONALES QUE COMPONEN EL TAC



— Perfiles básicos planteados en todos los trabajos — Perfiles recomendados en algunos trabajos

Una de las fortalezas del modelo actual de atención a la Salud mental en Andalucía, tiene que ver con el hecho de que la provisión del cuidado es llevada a cabo por equipos multidisciplinares, que garantizan una atención integral y de calidad. Esta cualidad de la atención es una señal de identidad de nuestro sistema y no debe ser dejada a un lado a la hora de articular nuevos desarrollos asistenciales. Por ello, y en la medida en que sea posible, en los ETAC deben estar representadas todas las categorías profesionales (psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales y auxiliares o monitores/as especializados/as).

Esto es más importante si consideramos el requerimiento asistencial que va a plantear el colectivo atendido y asumimos la cartera de servicios que se plantea como referencia en el TAC. En ella se han de incorporar intervenciones de amplio espectro, que van desde la actuación sobre las funciones de cuidado, la conciencia de enfermedad, el entrenamiento en habilidades, la psicoterapia hasta la psicoeducación familiar. Es prácticamente imposible ofrecer este abanico de actuaciones, si no se cuenta con un equipo de profesionales diverso y adecuadamente formado en cada una de las técnicas de tratamiento descritas.

Por ello, teniendo en cuenta la necesidad de multidisciplinariedad y la estimación de la población a atender, consideramos que el equipo base habría de contar, al menos, con los/las siguientes profesionales:

- Un/a psiquiatra.
- Dos enfermeros/as.
- Un/a trabajador/a social.
- Uno/a o dos auxiliares o monitores/as ocupacionales.

3.4.2. Distribución de roles y competencias profesionales

3.4.2.1. Competencias profesionales

Cada profesional posee unos conocimientos particulares derivados de su formación específica de base. Pero el contexto y la especial dinámica de abordaje de casos que impone la metodología del TAC, determinan la necesidad de competencias y cualidades adicionales para que su actuación sea eficaz.

Uno de los ejes del TAC es el trabajo en equipo. Las posturas individuales han de ser relegadas sobre la base de un planteamiento común del caso. Cada profesional ha de estar constantemente redefiniendo su visión del problema, integrando las informaciones y argumentos que postulan los demás. El éxito del trabajo no va depender de la acertada intervención de una de las personas integrantes del equipo, sino de que realmente se haya producido una adecuada planificación de las intervenciones y de que todo el equipo actúe de manera coordinada.

El perfil de competencias de los y las profesionales es un factor muy relevante y va actuar como potenciador o minimizador de los rendimientos terapéuticos del ETAC. Se hace necesario realizar una adecuada selección del personal para prevenir y evitar, en la medida de lo posible, disfuncionalidades posteriores.

Las personas candidatas a trabajar en el ETAC, deben mostrar una formación suficiente en Salud mental según su titulación y cometidos. Debe

ser exigible: capacidad para el manejo de pacientes, entrenamiento en el afrontamiento de situaciones de crisis, conocimiento suficiente del sistema sanitario y de los recursos sociolaborales, formación, en distinto grado según la función a desempeñar, de técnicas de atención familiar y de programas de promoción de habilidades sociales. Por otra parte, es imprescindible: capacidad para la escucha activa, empatía, disposición para compartir la información y para trabajar en grupo.

Las actitudes y habilidades básicas que deben exhibir las personas que se integren en los equipos TAC están resumidas en la tabla 4.

3.4.2.2. Distribución de roles

En cuanto a la distribución de roles dentro del equipo, por lo común se distinguen 2 roles básicos:

- 1 Coordinación:** Esta figura es reseñada en los diferentes trabajos como necesaria para el adecuado funcionamiento de los equipos TAC (Young y cols., 2009; Alnnes y Knoedler, 2003). Su función principal tiene que ver tanto con la supervisión general del trabajo, como con la potenciación de todos los aspectos vinculados con la organización interna, la comunicación y la planificación general de la actuación entre los diferentes profesionales. De manera habitual esta función es desarrollada por algún miembro del personal facultativo del equipo, aunque este planteamiento responde a una visión clásica y jerarquizada que no tiene porqué ser asumida a priori. Son perfectamente posibles otras

TABLA 4. COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LOS EQUIPOS TAC

ACTITUDES Y HABILIDADES BÁSICAS DE LOS Y LAS PROFESIONALES QUE COMPONEN LOS EQUIPOS TAC	
ACTITUDES	HABILIDADES
Flexibilidad y capacidad de adaptación a situaciones no predecibles	Afrontamiento de situaciones de crisis y prevención de conflictos
Constancia y tenacidad	Asumir riesgos y actuar en entornos de incertidumbre
Creatividad	Reconocer, mediar y solucionar conflictos
Capacidad para asumir responsabilidades y riesgos	Planificar y definir objetivos
Actitudes congruentes con el paradigma de la recuperación	Presentar desacuerdos objetivamente, basándose en hechos
Honestidad, sinceridad, sentido de la justicia	Mejora continua de métodos, conocimientos y habilidades
Competencia emocional (empatía)	Iniciativa y habilidad para trabajar bajo supervisión participativa
Capacidad de diálogo y negociación	Colabora en la creación de atmósfera de confianza y respeto
Equilibrio emocional, prudencia, juicio crítico	
Proactividad e iniciativa	
Optimista, vitalista	
Generador de clima de confianza y seguridad	
Conciencia de la organización (recursos disponibles)	

formas de organización interna, incluyendo la rotación del rol entre diferentes miembros. Entre las funciones de coordinación estarían:

- Coordinación de todos los programas de atención.
- Coordinación con los distintos niveles asistenciales y/o sociales para asegurar la continuidad de la atención.
- Planificación de las tareas diarias y de la asignación de los casos a los/las referentes personales.
- Asesoramiento en los casos o decisiones complejas.
- Responsable de la evaluación periódica de los casos atendidos en el programa.
- Dinamización de las relaciones y fomento de la participación de todas las personas miembros en las actividades y decisiones clínicas u organizativas.

2 Referente personal (tutoría): Cada profesional tiene asignado un número de personas a atender de las que será referente personal. Su función esencial será coordinar el programa individual, desarrollando cuantas actividades sean de su directa responsabilidad, pero garantizando además la actuación de las demás personas implicadas en el desarrollo del programa, facilitando la comunicación entre profesionales de los diferentes servicios y el usuario/a.

Entre las funciones del/de la referente personal destacamos:

- Actuar como referente directo de la persona afectada y velar por el cumplimiento del plan individualizado de tratamiento diseñado.

- Estar cerca de la persona atendida para ayudar a gestionar los problemas que se originen en el día a día, hablar de lo que le preocupa, de las expectativas que tiene, de las dudas sobre la enfermedad o sobre el tratamiento.
- Velar por los derechos de los y las pacientes a su cargo.
- Potenciar su autonomía y mejorar su adaptación social
- Diagnosticar, evaluar y priorizar la respuesta a las necesidades detectadas.
- Mejorar su acceso a los dispositivos comunitarios.
- Reducir las interrupciones del tratamiento y velar por la vinculación terapéutica.
- Mejorar la calidad de vida percibida por el/la usuario/a.
- Intervenir sobre las problemáticas familiares detectadas (de apoyo, de ayuda al tratamiento, de orientación e información).
- Coordinarse con los dispositivos implicados en el programa diseñado.
- Evaluar regular y sistemáticamente el proceso (objetivación de los avances, incorporación de las nuevas necesidades detectadas, adaptación continua del plan de atención y seguimiento).
- Valorar el grado de satisfacción de pacientes y familiares.

Junto a la figura del referente personal, el equipo debe asignar a otro componente el rol de cotutor, para garantizar el seguimiento del caso cuando el tutor o tutora principal no esté presente.

En el dossier de información para profesionales, incluido en el CD adjunto, se puede consultar una propuesta de reparto de funciones entre categorías profesionales.

3.4.3. Dinámica de trabajo

La dinámica de trabajo que se establezca dentro del equipo TAC es crucial para su adecuado funcionamiento. De cómo se estructuren los procesos de comunicación, toma de decisiones y liderazgo entre sus miembros va a depender en buena medida el rendimiento del conjunto. Para algunos/as autores/as (Allred, Burns y Phillips, 2005), un ETAC eficaz debe operar como una unidad que continuamente organiza y reorganiza su respuesta en base a las necesidades cambiantes de la persona atendida.

El equipo TAC está formado por una variedad de profesionales con distintos puntos de vista y formación que deben combinar sus conocimientos para crear una innovadora y eficiente solución a los problemas y necesidades de cada paciente. De manera, que deben estar de forma continua organizando y reorganizando sus actividades, operando como una verdadera red de expertos/as. Esta función de autorregulación y búsqueda permanente de consensos es un componente crítico de la acción terapéutica y debe ser salvaguardado en la práctica clínica de rutina.

El ETAC funciona como un sistema adaptativo complejo, todos sus integrantes están interconectados/as entre sí. El proceso de búsqueda de sentido no es lineal, la comprensión es común y puede producir una rica variedad de interpretaciones de los problemas que el o la paciente plantea. Esta forma de trabajo se aleja del concepto más tradicional de interdisciplinariedad para acercarse en mayor medida al de transdisciplinariedad. En la tabla 5 pueden verse resumidas las diferencias entre ambos formatos de trabajo.

TABLA 5. DIFERENCIAS ENTRE EL MODELO DE ACTUACIÓN INTER Y TRANSDISCIPLINAR

	MULTIDISCIPLINAR	TRANSDISCIPLINAR
EVALUACIÓN	Evaluaciones separadas por parte de los y las profesionales del equipo	Los y las miembros del equipo conducen la evaluación comprensiva de las necesidades del/de la paciente juntos
PARTICIPACIÓN DEL/LA USUARIO/A	El/la usuario/a mantiene contacto directo y continuado sólo con parte del equipo	Todo el equipo se implica en el caso y mantiene contactos regulares con el/la paciente
DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO	Cada miembro del equipo desarrolla un plan separado de intervención en función de su disciplina	Los y las miembros del equipo y el/la paciente desarrollan el plan juntos
IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL	Cada profesional se encarga de la puesta en marcha de su parte del plan de tratamiento	El equipo en su conjunto es el responsable de implementar y monitorizar el plan
LÍNEAS DE COMUNICACIÓN	Baja estructura, elevada utilización de espacios no reglados	Se realizan reuniones regulares para transferir información, conocimientos y compartir destrezas entre los y las miembros del equipo
FILOSOFÍA DE TRABAJO	El equipo de trabajo valora la importancia de las contribuciones de otras disciplinas	Los y las miembros del equipo están dispuestos a enseñar, aprender y trabajar juntos a través de sus diferentes disciplinas para implementar de manera eficaz y unificada el plan de trabajo
ACTUACIONES DE LOS Y LAS PROFESIONALES	Independientes dentro de cada disciplina	Integradas dentro de un modelo referencial común

Se hace necesario, en alguna medida, que exista una garantía de que el proceso está instaurado, de cara a facilitar la eficacia del trabajo en equipo. Para ello son fundamentales 3 requisitos (Stacey, 1996):

1. Incrementar las conexiones entre las y los miembros.
2. Incrementar la velocidad de transmisión de la información.
3. Incrementar la diversidad del contexto cognitivo en el que se mueven.

Es importante que la persona que asuma el liderazgo del equipo sea capaz de promover una cierta mente colectiva dentro del mismo para lo que debe:

- Preguntar constantemente a las y los miembros qué es lo que piensan sobre un problema o situación.
- Preguntar sobre sus diversas experiencias sobre el particular.
- Crear un clima de trabajo que busque la comunicación abierta, el cuestionamiento y la exploración.
- Moldear habilidades: las personas que son expertas en un área específica deben ser capaces de ofertar su experiencia a otros miembros.
- Desarrollar habilidades de comprensión, combinando los «*insight*» de los diferentes miembros para producir una nueva visión de la estrategia o problema.
- Potenciar el desarrollo de líderes de tipo informal dentro del equipo, siempre que trabajen más hacia los objetivos del equipo que a los propios.
- Animar frecuentemente a las interacciones personales dentro del equipo, puesto que la comunicación es un recurso fundamental dentro del TAC.

En la organización interna del equipo distinguimos dos tipos de espacios.

1 Reunión diaria de incidencias: En estas reuniones se tratarán los problemas ocurridos el día anterior y se organizarán las tareas no rutinarias para ese día (situaciones de crisis, imprevistos, etc.). Puede resultar práctico para el equipo que esta reunión sea breve y se realice al principio y al final de la jornada, de esa forma se garantiza en mayor medida el flujo de información entre todos los componentes. En estas reuniones han de participar todas las personas miembros del equipo de manera que:

- Conozcan y estén familiarizados con los objetivos individuales de cada paciente.
- Participen en la evaluación y reformulación de los problemas o cuestiones que se planteen.
- Participen en la discusión de las opciones terapéuticas y rehabilitadoras.
- Participen en la revisión de los programas individualizados de cada persona atendida.
- Comprendan la racionalidad y objetivos concretos del plan de trabajo de cada paciente.

2 Reunión semanal: encaminada fundamentalmente a la revisión de los programas individuales de tratamiento y a la presentación de casos nuevos y discusión de las altas potenciales. El equipo de trabajo al completo deberá conocer los detalles y revisar los pormenores de cada caso. En esa reunión se designará a las personas que asumirán la labor de tutoría y cotutoría del o de la usuaria.

En cuanto al horario, el propio equipo debe ir estructurándose de manera progresiva. En los inicios la jornada laboral puede ser de 8:00 a 15:00 h de lunes a viernes. Pero se deben articular canales de actuación alternativos para ofrecer una garantía de mayor cobertura en el seguimiento e intervención sobre crisis potenciales fuera de esta franja asistencial. Para garantizar esta atención puede ser necesario implicar a otros recursos tanto de la propia red de Salud mental (ej. urgencias psiquiátricas) como de la red sanitaria general (061, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, etc.). En cualquier caso, parece recomendable que sea el propio equipo (o parte de él) el que pueda proveer de atención al menos hasta las 20:00 h. De manera habitual, aún estableciendo un horario predeterminado de jornada, la propia complejidad de la tarea y el contexto en el que ésta se desarrolla va a exigir que, en algunas ocasiones, se contemple cierta flexibilidad horaria.

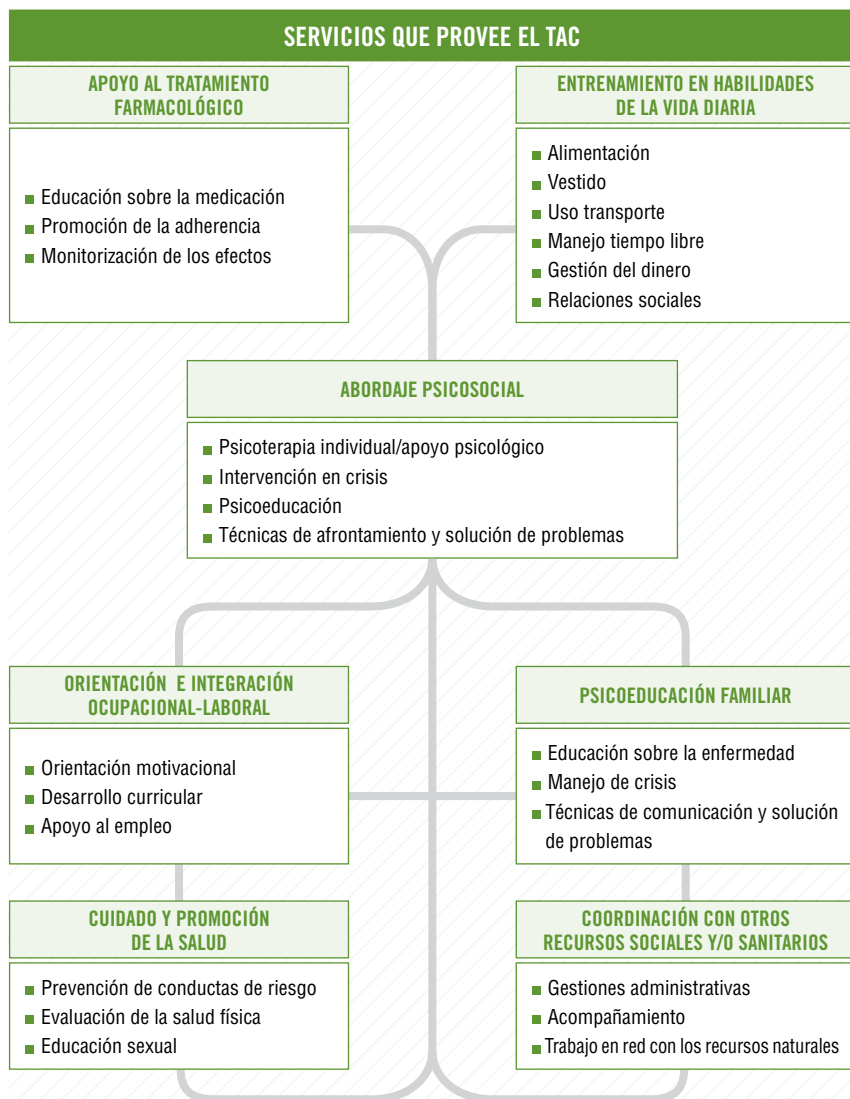
El 80 % de la atención del equipo debe desarrollarse en la comunidad. El 20 % restante debe distribuirse para evaluaciones iniciales y periódicas, cumplimentación de registros y reuniones del equipo.

3.4.4. Actividades a desarrollar.

Cartera de servicios

Las actividades que ha de desarrollar el equipo TAC son muy diversas y van a estar en todo momento vinculadas a las necesidades actuales del usuario/a. Han de ser actividades de amplio espectro porque los requerimientos de las personas incluidas en el programa así lo van a requerir.

FIGURA 3. ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EL EQUIPO TAC



Para conseguir los niveles máximos de integración de la persona en su medio habitual, un alto porcentaje de las intervenciones se tendrán que realizar en la comunidad. Por ello, muchas actividades van dirigidas a conseguir la implicación de todas las figuras representativas del entorno de la persona afectada. Un resumen de estas actuaciones puede verse en la figura 3.

A nivel general, podríamos organizar dicha oferta de servicios sobre la base de tres ejes fundamentales:

1 Tratamiento específico:

- Atención clínica individual.
- Psicoterapia individual.
- Intervención en crisis.
- Afrontamiento y manejo del estrés.
- Adherencia al tratamiento.
- Identificación de pródromos y síntomas precoces de descompensación.
- Educación y promoción de la salud.
- Psicoeducación familiar⁴.
- Habilidades sociales.

⁴ La psicoeducación familiar dentro de un programa TAC integra a la familia en el tratamiento y la rehabilitación permitiendo que colabore en el proceso de tratamiento y que aporte información, experiencia y nuevas ideas.

Recientes investigaciones sugieren un posible efecto aditivo cuando se integran la intervención familiar con el tratamiento asertivo comunitario. Para ambos tipos de intervenciones existe una inequívoca evidencia de eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia (McFarlane, 1997).

El Programa de psicoterapia familiar integrado de Falloon (2003) se adapta a las necesidades y requerimientos de los ETAC a la vez que comparte sus principios básicos (atención comunitaria, importancia de la atención en el medio habitual, implicación de la red social y familiar, necesidad de integralidad y trabajo en equipo, etc.).

Lo ideal es que el equipo incluya profesionales que puedan responder a las necesidades de la persona afectada sin recurrir a otras instancias asistenciales. Sin embargo, si no se cuenta con una dotación adecuada y/o el equipo no posee las competencias necesarias se puede valorar que estas actuaciones puedan ser proporcionadas desde otros programas o dispositivos de la red, siempre que el o la paciente esté en disposición de ello.

2 **Ámbito doméstico:**

- Adiestramiento en autocuidados básicos (aseo personal, alimentación, etc.).
- Entrenamiento en habilidades domésticas.
- Aprendizaje de la administración económica.
- Provisión de alojamiento (programa residencial FAISEM, recursos temporales como albergues, etc.).

3 **Ámbito ocupacional-laboral:**

- Orientación motivacional.
- Formación prelaboral.
- Apoyo al empleo.
- Planificación y estructuración del tiempo.

Estas actividades son prestadas en coordinación con los recursos de la comunidad (asociaciones, clubs, servicios de orientación y apoyo al empleo, FAISEM etc.). La labor de las y los miembros del equipo será la

de informar, seguir y procurar potenciar el desarrollo de las capacidades necesarias para la incorporación en tales actividades, así como prestar asesoramiento y orientación.

3.4.5. Proceso

Las principales actividades se pueden ordenar siguiendo un proceso de atención en distintas etapas:

1 Derivación:

- Presentación del plan individualizado de tratamiento (PIT) y discusión en la Comisión TMG.
- Aceptación de la propuesta de atención en el programa de tratamiento asertivo comunitario.

2 Admisión. Evaluación. Aceptación del caso: Una vez que se revisa la documentación, aportada por los/as referentes del caso en los dispositivos que han propuesto la derivación, los miembros del ETAC realizarán las entrevistas y pruebas de evaluación que sean necesarias para establecer si la atención que se puede ofrecer por parte del equipo se adecua a las necesidades de la persona afectada.

- **Asignación del caso:** La coordinación del programa asignará un/a responsable del caso con las funciones ya mencionadas.

- **Diseño del plan de tratamiento:** El equipo, tras la evaluación funcional, clínica y social, diseñará un plan de tratamiento que deberá tener en cuenta y completar el PIT de cada paciente. Todo el equipo participa en el proceso de tratamiento a través de intervenciones individualizadas o en los espacios de coordinación (ver apartado anterior 3.4.3).
- **Proceso de tratamiento:** Supone la puesta en marcha de la planificación diseñada. Periódicamente se ha de revisar el cumplimiento del plan de tratamiento y evaluar las actividades.

Cada paciente debe tener al menos un contacto presencial semanal con su tutor o tutora. Si tenemos en cuenta los contactos presenciales o telefónicos con otras personas miembros del equipo, el número debe elevarse a 3 contactos semanales como mínimo (Van der Leer, 2008). Las situaciones especiales (estados vivenciales de riesgo, descompensación psicopatológica, etc.) deben tratarse de forma individualizada y precisarán, por lo general, de actuaciones terapéuticas más intensivas y contactos más frecuentes. En caso de que las intervenciones puestas en marcha por el equipo se mostraran insuficientes, podría ser necesario considerar el ingreso hospitalario. El ingreso en la UHSM no es un fracaso de la intervención, es una herramienta y, como tal, debe utilizarse.

- 3 Alta del programa:** Lo ideal es, que una vez conseguidos los objetivos del plan de tratamiento diseñado en el PIT, la persona pase a ser atendida en otros recursos de menor intensidad.

Como se ha comentado en el apartado 3.2.2, el alta no es un acto puntual en el que se le informa al/ a la paciente que se va a proceder a su derivación a otro recurso para continuar con su tratamiento. El alta es un proceso en el que se precisa la participación del o de la paciente.

La persona atendida debe ser informada de los motivos que nos llevan a programar su alta en el programa. Las recaídas son frecuentes durante este periodo y se debe estar alerta sobre ellas. En esta fase puede aparecer en la persona afectada una ambivalencia entre el deseo de un menor control externo y la conciencia de un mejor control de algunos aspectos de su vida y la ansiedad creada ante una nueva situación vital (asunción de responsabilidades respecto a la medicación, establecimiento de nuevas relaciones, temor al cambio, etc.). Nunca se debe dar de alta a alguien hasta que no haya superado esta fase del proceso de alta.

El alta no es sólo una intervención con el o la paciente. Se debe informar e implicar a su familia y a aquellas personas significativas del entorno que han demostrado ser un apoyo para la persona atendida.

Para garantizar la continuidad en la atención se debe informar al servicio al que se remite a la persona dada de alta. La información se puede ofrecer en reuniones de coordinación entre dispositivos o bien de forma puntual. Ha de incluir:

- **Informe clínico de alta:** En él debe constar la situación clínica actual, Plan Individual de Tratamiento, objetivos cubiertos, motivo del alta e

indicaciones sobre aspectos no abordados o no conseguidos. Hoy día, dada la asociación de enfermedades y síndromes somáticos en las personas que padecen TMG, se hace necesario la existencia de un protocolo de pruebas complementarias y exámenes médicos para descartar las enfermedades más frecuentes. En el informe clínico al alta se deberá hacer mención de otras patologías de la persona derivada y tratamientos recibidos.

- **Informe social:** Debe constar la situación familiar actual, la red social de apoyo, los recursos disponibles, alimentación, vivienda y prestaciones económicas. Habrá que registrar las intervenciones sociales realizadas en el programa TAC e indicaciones necesarias para garantizar la continuidad asistencial.
- **Informe de alta de enfermería:** Incluirá las intervenciones enfermeras realizadas durante el tratamiento, puntos críticos, evaluación de necesidades según la nomenclatura vigente y estado actual de la persona afectada desde el punto de vista de los cuidados. Se debe registrar cualquier otra información de interés en el plan de tratamiento integral del o de la paciente.

3.4.6. Recursos

3.4.6.1. Recursos personales

Como se ha comentado con anterioridad, los recursos humanos van a depender de la estimación que se haga en cada área sanitaria sobre la población a atender (aproximadamente el 20% de la población con TMG).

En cualquier caso, la implantación de un equipo TAC a tiempo completo requeriría de una cartera de alrededor de cuarenta o cincuenta pacientes. En estas condiciones se necesitaría una dotación de recursos personales de al menos cinco o seis profesionales para conseguir unas ratios paciente/profesional cercanas a 1:10 (sin contabilizar al psiquiatra). La composición mínima de este equipo debería ser la siguiente:

- Un/a psiquiatra.
- Un/a trabajador/a social.
- Dos enfermeras/os.
- Un/a o dos auxiliares de enfermería y/o monitores/as.

Otro tipo de profesionales que podrían aportar valor añadido serían: psicólogo/a clínico/a, terapeuta ocupacional y/o auxiliares administrativos. Tampoco es desdeñable la participación de ex-pacientes de los servicios de Salud mental. La inclusión de estos perfiles va a depender en, buena medida, tanto de las propias características de la población a atender, como de los recursos concretos con que cuente cada UCG.

3.4.6.2. Recursos materiales

Para el adecuado funcionamiento del ETAC éste habría de contar con una serie de recursos básicos entre los que señalamos:

1 Una sede central que debe constar de:

- Una zona de recepción directamente accesible.
- Una amplia sala de reuniones con una mesa central y sillas, teléfonos, pizarras y archivadores.
- Una sala de medicación/botiquín, con tratamientos específicos, equipamiento básico para el examen médico, refrigerador y un mínimo espacio para la dispensación del tratamiento.
- Sala de intervención/consulta, única y polivalente, ya que los miembros del equipo deben tener una zona de trabajo común más que despachos individuales. Esta distribución permite una mejor fluencia de los contactos y la posibilidad de charlas de tipo informal.
- Espacio para la custodia temporal de objetos o posesiones de la persona atendida.
- Espacio para máquinas de oficina, fotocopadoras, fax, etc.
- Parking para el equipo de trabajo.

2 Medios de transporte: El equipo de trabajo va a estar moviéndose de manera continuada en la comunidad. Cada UCG ha de valorar la compra de un medio específico para el desplazamiento o el reintegro de los gastos de kilometraje al personal. En cualquier caso, una de las dos opciones debe quedar garantizada. Si se opta por la utilización de

vehículos sanitarios (opción más adecuada para el grupo autor del documento) éstos deben estar claramente identificados para facilitar la posibilidad de aparcamiento en zonas restringidas. En este caso habrían de ser 2 vehículos.

3 Móviles corporativos para cada profesional: Los ETAC deben proveer un abordaje integral de las personas con TMG, esto implica no descuidar el aspecto social. Como ya se ha señalado, muchos de los candidatos al TAC van a ser personas con una situación social muy precaria o francamente excluidas. En estos casos la intervención inicial debería ir encaminada a garantizar la cobertura de las necesidades básicas (alojamiento, aseo, comida, ropa, etc.). Para poder dar respuestas ágiles a estas necesidades sería conveniente, por un lado, disponer de un fondo económico de urgencia y por otro, contar con recursos residenciales flexibles y de baja exigencia a los que se pudiera acceder de forma rápida y no burocratizada.



dinámica de evaluación: proceso y variables implicadas

La evaluación es un proceso crucial dentro de cualquier actuación que se desarrolle en el ámbito sanitario. Este factor se torna más relevante, si cabe, con el TAC ya que se trata de una intervención nueva que va a ser integrada al sistema y se necesita de un adecuado *feedback*, tanto sobre los aspectos vinculados al proceso de implementación del procedimiento y su adecuación a los estándares de calidad marcados, como también sobre cuestiones asociadas a su eficacia y eficiencia.

La propia naturaleza de la intervención sitúa al proceso de evaluación como un eje central. La evaluación posibilita la identificación de las necesidades y objetivos personales que van a constituir la base del programa y de las actuaciones a desarrollar por parte del equipo terapéutico. Es imposible desarrollar un programa TAC sin tener una adecuada perspectiva de las potencialidades y necesidades del usuario, así como de los recursos que se necesita poner en marcha para la óptima consecución de los objetivos planteados.

Desde nuestro punto de vista la evaluación en el TAC debe estar orientada y proveer información sobre 2 contenidos críticos:

- 1** El primero, de una naturaleza más clínica, tendría que ver con la evaluación personal del/de la usuario/a, sus potencialidades, necesidades

percibidas y áreas de déficit. Esta evaluación, como se ha señalado antes, constituye la base del TAC y permite la elaboración de los Planes Individuales de Tratamiento.

- 2 El segundo tiene que ver con el desarrollo de la propia actividad del equipo y los resultados de la misma. Este tipo de variables son especialmente relevantes, ya que en realidad, la esencia del TAC tiene mucho que ver con la especial metodología de trabajo interno y de acercamiento al/a la usuario/a que el equipo sea capaz de proveer. Estas cuestiones, vinculadas a cómo se implementa la actuación, son aludidas de manera constante como variables relevantes para evaluar la calidad y están sujetas a unos estándares mínimos que permiten dilucidar la fidelidad al procedimiento (Young y cols., 2009; Allnes y Knoedler, 2003). Están directamente vinculadas a los resultados de la intervención y son, por tanto, de especial importancia para delimitar aspectos tales como la eficacia y la eficiencia del procedimiento.

4.1. La evaluación individual: dinámica e instrumentos

La evaluación personal de la persona atendida constituye el eje central del trabajo en el TAC y es la base sobre la que se cimentarán todas las intervenciones que se desarrollen en el programa individual.

Aunque, a priori, la evaluación es una práctica conocida y habitual para buena parte del personal clínico, la propia tipología de pacientes susceptibles de incorporarse al TAC, va a imponer severas limitaciones a lo que podríamos llamar el proceso evaluativo ideal. Estas circunstancias ponen a prueba la capacidad del equipo para adecuar los procedimientos a las características de la persona concreta y a sus tiempos. Si el objetivo de la evaluación se circunscribe exclusivamente al rastreo puntual y mecanizado de las áreas deficitarias, sin intentar comprender cuáles son las potencialidades de la persona, sus esperanzas y experiencias con la enfermedad mental y los servicios de salud, la intervención posterior está condenada al fracaso.

El inicio del proceso de evaluación en el TAC tiene una serie de elementos que lo van a estar condicionando, y a veces amenazando, de manera sustancial y permanente.

El primero de ellos tiene que ver con la necesidad de establecer una buena relación con el o la paciente. Cuando se trata de abordar personas con largos historiales de desvinculación de los servicios y/o elevados niveles de disfuncionalidad psicopatológica y social, el enganche va a ser en sí mismo un hándicap. En estos casos el equipo puede necesitar importantes periodos de tiempo para establecer una mínima alianza de trabajo y la confianza necesaria para comenzar a desarrollar la evaluación de sus necesidades y el plan concreto de actuación.

En segundo lugar, en muchos casos la persona afectada puede exhibir dificultades para entender el contenido de las preguntas, sobre todo si éstas no se realizan de manera concreta. Añadido a lo anterior es posible que aparez-

ca desinterés por la propia evaluación, que quizá se perciba más como una necesidad ajena (la del/de la terapeuta), que como algo personalmente útil. La flexibilidad del/de la profesional en estos momentos va a ser un factor determinante de los resultados. En estos casos, va a ser difícil implicar a la persona atendida en su proceso de tratamiento, si el equipo no es sensible a los ritmos de cada paciente y es capaz de irle haciendo entender, de manera gradual, la importancia de conocer cuáles son sus necesidades individuales.

Aunque en estas circunstancias el mejor criterio a seguir vendrá dado por la valoración y la estrategia que, ante el caso particular, decidan las propias personas miembros del equipo podemos ver algunas recomendaciones a nivel general en el cuadro 2.

En cualquier caso, la evaluación ha de obtener el máximo de información sobre el funcionamiento y las necesidades concretas que la persona exhibe en ese momento. Para ello, y de una manera ideal, habría de recoger datos en una serie de áreas, entre las que destacamos:

1. Datos clínicos (historia de síntomas, estado mental, diagnóstico, consultas anteriores y resultados etc.).
2. Salud física.
3. Consumo de sustancias (alcohol, drogas).
4. Funcionamiento social.
5. Actividades de la vida diaria.
6. Educación y empleo.
7. Soporte y relación familiar.
8. Condiciones y calidad de vida.

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN INICIAL

RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación debe estar diseñada para que pueda realizarla cualquier miembro del equipo.

Ha de estar centrada en la valoración de las necesidades más básicas (vestido, alimentación, alojamiento, etc).

Debe ser flexible y adaptarse a las peculiaridades del momento relacional con el/la usuario/a.

No ha de buscar la recogida de datos exhaustiva, sino más bien ser un vehículo, para desde la identificación de las áreas de déficit, poder fomentar una alianza de trabajo con el/la paciente.

Habría de recoger de manera explícita cuáles son las prioridades de actuación que la persona afectada vivencia.

Es conveniente evitar adoptar el rol tradicional que “interroga” al/a la usuario/a para obtener la información adoptando formas menos directivas y naturales para elicitar la misma.

Ha de realizarse en el medio natural donde la persona reside.

La información debe ser compartida y discutida por todos los y las miembros del equipo.

En la tabla 6 se muestran, tanto las áreas de evaluación, como los objetivos concretos y profesionales que potencialmente se pueden implicar en la misma.

TABLA 6. ÁREAS Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN EN EL TAC

OBJETIVOS	RESPONSABLE
HISTORIA PSIQUIÁTRICA + DIAGNÓSTICO Y ESTADO MENTAL	
• Establecer el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. • Delimitar la tipología del cuadro. • Perfilar síntomas críticos que limitan las potencialidades de adaptación.	Facultativo/a
SALUD FÍSICA	
• Identificar el estado físico actual y las áreas que necesitan de soporte, cuidado o tratamiento. • Determinar los factores de riesgo para la salud. • Evaluar la historia medica anterior. • Valorar problemas en la comunicación de los problemas que conciernen a la salud.	Enfermero/a
ABUSO DE SUSTANCIAS	
• Determinar si la persona tiene actualmente algún tipo de dependencia de sustancias (alcohol o drogas). • Evaluar la historia y patrón de consumo. • Establecer cronología, desencadenantes e intentos de control previos.	• Facultativo/a • Enfermero/a
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	
• Evaluar efectos de la aparición de la enfermedad en el desempeño social. • Recopilar información sobre el desarrollo infantil y adolescente, rol dentro de la familia, creencias, intereses y actividades. • Perfilar red actual de apoyo, relaciones presentes y potenciales. • Identificar conductas y actitudes personales que limitan la adaptación en el plano social.	Facultativo/a
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
• Evaluar la capacidad de la persona para dar respuesta a sus necesidades básicas. • Determinar los efectos que los síntomas tienen a la hora de influir sobre la capacidad de autonomía y manejo personal. • Perfilar el nivel de asistencia, apoyo y recursos que la persona necesita para reestablecer y sostener sus actividades cotidianas.	• Terapeuta Ocupacional • Facultativo/a • Enfermero/a • Trabajador/a Social
SOPORTE Y RELACIÓN FAMILIAR	
• <i>El equipo ACT ha de tener especial cuidado en convenir con el/la usuario/a el tipo y la frecuencia del contacto que van a mantener con la familia y el resto de personas cercanas significativas.</i> • Obtener información de la familia sobre la enfermedad de la persona afectada. • Determinar si la familia tiene una adecuada comprensión de la enfermedad. • Promover una adecuada relación de apoyo y ayuda hacia el usuario/a.	• Trabajador/a Social • Facultativo/a • Enfermero/a
EDUCACIÓN Y EMPLEO	
• Evaluar como la persona estructura su tiempo. • Perfilar nivel educativo y de empleo. • Delimitar intereses y preferencias vocacionales. • Discriminar potencialidades y apoyos necesarios.	• Terapeuta Ocupacional • Trabajador/a Social
CONDICIONES DE VIDA	
• Evaluar características del hábitat donde el/la usuario/a reside. • Determinar carencias ambientales que puedan afectar de manera importante a la calidad de vida. • Dilucidar necesidades básicas no cubiertas: alojamiento, alimentación, dinero, compañía, etc. • Movilizar los recursos y de tipo social necesarias en cada caso.	Trabajador/a Social

FUENTES DE INFORMACIÓN	DURACIÓN DEL PROCESO
• Usuario/a que recibe el servicio • Familiares • Personas vinculadas • Historia registrada sobre tratamientos anteriores y conductas de riesgo	• La evaluación ha de estar completada, en la medida de los posible, dentro de los 30 días posteriores a la admisión. • Los resultados han de ser presentados en la reunión diaria para la elaboración del plan individualizado.
• Usuario/a que recibe el servicio • Historia clínica	• Primera entrevista dentro de las 72 horas después de la admisión. • Si la persona tiene dificultades cognitivas y/o síntomas clínicos interferidores la evaluación, esta puede completarse en 2 o 3 entrevistas. • Los resultados han de ser presentados en la reunión diaria para la elaboración del plan individualizado.
• Usuario/a que recibe el servicio • Familiares • Personas vinculadas La información puede ser recogida a través de entrevistas estandarizadas como la CIDI-SAM o similares.	• La evaluación comienza a partir de la admisión. • Al tratarse de información sensible es necesario tener bien establecida una buena relación con el usuario. • Los datos han de ser conocidos por todo el equipo que ha de establecer objetivos concretos, entre los que cabe la consulta y/o petición de implicación futura de otras instancias (por ej. equipos de drogodependencias) si se valora oportuno.
Información obtenida de entrevistas con el/la propio/a usuario/a realizadas en casa o en otros entornos de la comunidad.	• La información de este apartado es crítica y debe ser una de las primeras áreas a evaluar. La primera recogida de datos debe realizarse dentro de las 72 horas posteriores a la admisión. • Los resultados serán expuestos en la reunión diaria para la elaboración del plan individual.
• Entrevista con la persona en domicilio. • Prestar especial atención a las preferencias del/ de la usuario/a delimitando a la vez aquellas destrezas que pueden optimizar su funcionamiento en la comunidad.	• Una valoración inicial de las AVD debe realizarse tras la admisión, identificando aquellas necesidades más críticas para la persona. Una evaluación más pormenorizada llevará posiblemente varias entrevistas. • La evaluación final ha de estar completada en los primeros 30 días. • Los resultados serán expuestos en la reunión diaria para la elaboración del plan individual.
• Persona que recibe el abordaje. • Miembros de la familia y otros significativos.	• La evaluación puede comenzar en el contacto inicial que se tiene con el/la usuario/a y la familia. • Como criterio general ha de estar completada en los primeros 30 días de la admisión. • Los resultados serán expuestos en la reunión diaria para la elaboración del plan individual.
• Información obtenida del propio usuario. • Otras fuentes de información: familia, empleadores, etc.	• La información ha de ser completada a través de entrevistas con el/la usuario/a, una vez que se hayan perfilado necesidades más acuciantes en otras áreas, por lo general en momentos más tardíos del proceso evaluativo. • Los resultados serán expuestos en la reunión del equipo previa a la elaboración del plan individualizado.
Información obtenida del/de la propio/a usuario/a y de la observación de las condiciones de vida en el propio domicilio.	• La información de este apartado es crítica y debe ser una de las primeras áreas a evaluar. La primera recogida de datos debe realizarse dentro de las 72 horas posteriores a la admisión. • Los resultados serán expuestos en la reunión diaria para la elaboración del plan individual.

Una vez delimitadas las áreas de evaluación (qué evaluar) tendríamos que perfilar los instrumentos concretos que se podrían utilizar para obtener la información (el cómo evaluar). Como ya se ha comentado anteriormente, éste es un punto especialmente delicado ya que pueden existir importantes limitaciones tanto personales⁵ como contextuales⁶ que van a hacer que, muchas veces, la situación de evaluación no se realice en lo que sería un contexto ideal.

Lo primero que es necesario subrayar en estos casos es que lo verdaderamente prioritario debe ser en todo momento establecer una adecuada relación de confianza con el usuario o usuaria desde la que poder acercarse al trabajo sobre sus necesidades. La cumplimentación de registros y cuestionarios de evaluación, aunque necesaria, debe estar supeditada a las condiciones particulares de cada momento.

Un segundo aspecto, que vamos a encontrar una vez salvado el obstáculo anterior, se refiere a las características que deben tener los instrumentos de evaluación para adecuarse a esta población. Si la concreción, simplicidad y operatividad son cualidades deseables para cualquier escala clínica, en este caso, estos factores se tornan como absolutamente indispensables. Este hecho limita en buena medida los instrumentos potencialmente utilizables. Con este telón como fondo creemos que es posible dividir el proceso de evaluación del usuario que realiza el ETAC en dos momentos diferentes:

5 Sujetos desvinculados de los servicios, con tomas irregulares o inexistentes de tratamiento, síntomas que limitan su comprensión o con actitudes negativas hacia los servicios de salud mental.

6 Situaciones de desamparo, marginalidad o exclusión social.

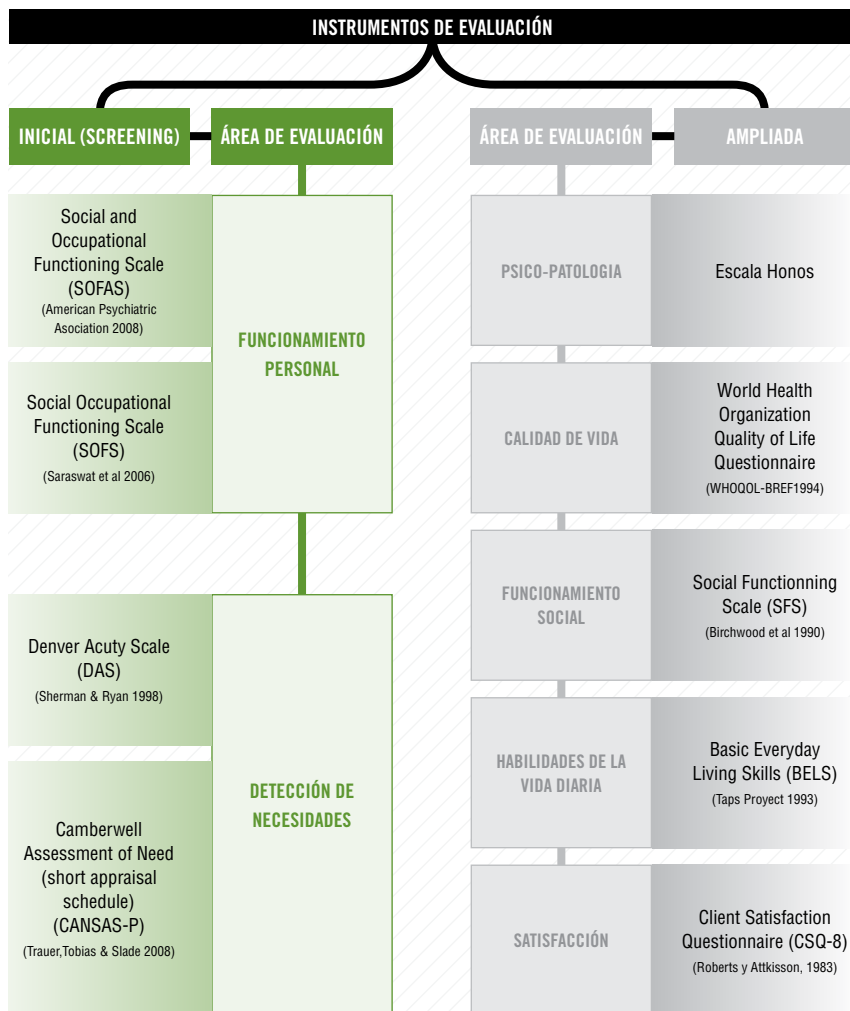
- 1 Inicial:** en el que el equipo busca fundamentalmente el enganche de la persona y una primera valoración de sus necesidades básicas. En esta situación, los instrumentos utilizados deben permitir una visión inicial global y rápida de la situación, no importa en exceso que ésta no esté perfilada suficientemente ya que su función básica sería actuar como medidas de cribado.
- 2 Segundo momento:** logrado ya el enganche de la persona afectada, se pueden utilizar otras escalas encaminadas a obtener una valoración más amplia y detallada de la problemática personal presente.

El uso de instrumentos de evaluación estandarizados y validados es especialmente útil en el contexto de la incorporación de nuevos programas de actuación, como es nuestro caso. Su utilización va a permitir, no sólo la objetivación de los resultados de la intervención en aquellas variables que se consideran críticas, sino que también va a facilitar la comparación entre los programas y estrategias desarrolladas en diferentes servicios. Estos datos son de especial relevancia para la toma de decisiones en el ámbito de la gestión asistencial.

En la figura 3 se pueden observar algunas de las escalas recomendadas para cada uno de los momentos descritos.

En el dossier de escalas de evaluación, incluido en el CD anexo a este documento, se recogen la mayor parte de las escalas recomendadas en esta figura.

FIGURA 3. ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA EL TAC



En la evaluación inicial solo debe utilizarse una de las escalas de funcionamiento personal y una de las de detección de necesidades.

La evaluación ampliada a de incluir, al menos, dos de las áreas mencionadas: grado de psicopatología y perfil de habilidades de la vida diaria.

4.2. Indicadores asistenciales de actividad del equipo

Son múltiples las actividades que realiza el ETAC para ofrecer una atención sanitaria integral. Es necesario obtener datos sobre su funcionamiento que nos permitan evaluar la calidad de la atención que provee y el desarrollo del proceso de cuidado. Un obstáculo común en estos casos es encontrar estándares de evaluación que puedan servir de guía. Esto es aún más evidente en el caso del TAC, en el que a pesar del tiempo que se lleva trabajando con el procedimiento, el nivel de controversia sigue aún centrado sobre los contenidos del programa y el contexto donde éste opera. Poca o ninguna atención se ha dirigido hacia la determinación de indicadores concretos a tener en cuenta para objetivar la calidad de la atención que el equipo desarrolla (Roeg, Van de Goor y Garretsen, 2005). El panorama se torna todavía más complejo si tenemos en cuenta que no existe actualmente un modelo uniforme de TAC en Europa.

De manera tradicional en los trabajos sobre calidad asistencial se han distinguido 3 tipos de indicadores: los de estructura, los de proceso y los de resultado⁷ (Roeg, Van de Goor y Garretsen, 2005; Harteloh, 2003; Mant, 2001).

⁷ La estructura tiene que ver con el contexto organizacional en el que el cuidado se desarrolla; se trata de características relativamente estables que condicionan u optimizan los recursos disponibles. La estructura, por tanto, puede incrementar o disminuir la probabilidad de que el equipo ofrezca una buena atención. El proceso alude a la organización y coherencia interna de la actuación. Algunos estudios sostienen que medidas de proceso concretas sólo deben incorporarse como indicadores de calidad si se ha encontrado una relación estrecha entre ellas y las de resultado (Mant, 2001). Por último, las medidas de resultado aluden a las consecuencias directas del cuidado sobre la salud de los individuos y constituyen por tanto la parte más discernible de la atención. Parece claro que, aunque existe una interrelación entre los 3 tipos de medidas, son precisamente los indicadores de resultado los que vienen a resumir de una manera objetiva y pragmática los anteriores.

Sobre los indicadores de estructura, escasas palabras, mas allá de recordar que, sin la dotación mínima de recursos y el apoyo continuado a nivel institucional, es poco probable que este tipo de actuaciones se mantengan en el tiempo. Revisiones realizadas recientemente (Wright y cols., 2004) confirman lo comentado, encontrando que el 44% de los equipos TAC había dejado de funcionar después de 2 años de su creación. Algunos trabajos (Tyrer, 2007b) sugieren que la efectividad del TAC disminuye con el tiempo, aludiendo como factores causales al descenso en la motivación del personal, así como a la vuelta a anteriores formas de trabajo menos costosas. En esta línea, estudios como el de Billins y cols., (2003) señalan que la especial dificultad de la tipología de pacientes con los que se trabaja y el contexto habitual donde se desarrolla la intervención (fuera del «controlado» espacio sanitario) hacen que el equipo profesional se vea expuesto a niveles de sobrecarga por encima de los rangos habituales.

La propuesta de indicadores sobre los que el equipo de elaboración del documento se va a centrar son aquellos que tienen más que ver con el proceso y el resultado. Con referencia al primer tipo creemos que sería importante delimitar 4 grandes áreas de evaluación:

- 1 La organización interna:** señalada de manera consistente dentro de los estándares de calidad y vinculada a la consecución de resultados.
- 2 La actividad asistencial:** centrándonos sobre todo en que ésta se adecue a las recomendaciones básicas sugeridas por expertos o expertas.

- 3 **La coordinación:** aspecto que consideramos insalvable y crucial para que el equipo TAC desarrolle y movilice recursos en la comunidad realmente útiles para la persona usuaria.
- 4 **La accesibilidad:** característica intrínseca y diferencial de los equipos TAC y que debe estar siempre optimizada.

Con referencia al segundo tipo de indicadores, los de resultado, hemos creído oportuno distinguir dos apartados:

- 1 **La capacidad de contención:** referida fundamentalmente a la capacidad que exhibe el equipo para poder actuar sobre las dificultades clínicas y funcionales de la persona afectada sin tener que recurrir al ingreso hospitalario.
- 2 **La calidad de la atención:** incluyendo aquí indicadores de resultado que tienen que ver con el grado de satisfacción con la atención recibida y la mejora percibida en el nivel de calidad de vida.

Se ha considerado idóneo no sólo identificar los indicadores sino también delimitar lo que serían unos estándares de calidad en los mismos. Estos están basados en criterios teóricos (generalmente el consenso de expertos/as) y por tanto son arbitrarios. Por ello deben ser tomados más como orientaciones de hacia dónde deberían ir los resultados, que como estándares inflexibles para evaluar la calidad de la atención. Un resumen de los indicadores planteados se encuentra en la siguiente figura.

**TABLA 7. INDICADORES ASISTENCIALES
Y ESTÁNDARES DE CALIDAD**

TIPO	DEFINICIÓN	FÓRMULA	ESTÁNDAR
ACTIVIDAD ASISTENCIAL			
Proceso	Nº de pacientes en el programa	Nº de pacientes registrados(as) en el programa (anual)	Sin estándar
	Ratio paciente / profesional	Nº de profesionales / Número de pacientes en programa (anual)	Cercano a 1/10
	Porcentaje de pacientes nuevos(as)	$[\text{Nº pacientes nuevos(as)} / \text{Nº de pacientes atendidos(as)}] \times 100$ (anual)	Sin estándar
	Frecuencia de contactos con cada paciente vinculados al desarrollo del programa individual (fase inicial)	Nº contactos / Nº semanas 1er año (cálculo anual individualizado)	En ningún caso inferior a 1 contacto directo semanal durante la fase inicial)
	Frecuencia de contactos con cada paciente vinculados al desarrollo del programa individual (fase seguimiento)	Nº contactos / Nº semanas 2º año (cálculo individualizado anual)	En ningún caso inferior a 2 contactos mensuales durante la fase de seguimiento
	Frecuencia de contactos con cada paciente vinculados al desarrollo del programa individual (fase final)	Nº contactos / Nº semanas 3er año (cálculo individualizado anual)	En ningún caso inferior a 2 contactos mensuales durante la fase final.
Resultado	Porcentaje de derivaciones a USMC para seguimiento en PAI TMG de pacientes de 4to año (fase de desvinculación)	$(\text{Nº de pacientes de 4º año derivados(as)} / \text{Nº pacientes de 4to año atendidos(as)}) \times 100$ (anual)	Sin estándar
COORDINACIÓN			
Proceso	Número mensual de reuniones de coordinación con agentes y/o entidades comunitarias.	Nº de reuniones de coordinación realizadas (mensual)	El equipo habrá de mantener un mínimo de 2 reuniones al mes.
Proceso	Número mensual de reuniones internas de revisión de PIT.	Nº de reuniones internas realizadas (mensual)	El equipo habrá de mantener un mínimo de 4 reuniones al mes.
ACCESIBILIDAD			
Proceso	Tiempo de demora en la atención desde la derivación al programa	Fecha de atención-Fecha de derivación (cálculo anual para cada individuo en días)	El tiempo de demora en ningún caso será superior a 7 días.

**TABLA 7. INDICADORES ASISTENCIALES
Y ESTÁNDARES DE CALIDAD (CONTINUACIÓN)**

TIPO	DEFINICIÓN	FÓRMULA	ESTÁNDAR
Proceso	Porcentaje de demandas urgentes atendidas en el mismo día	$(\text{N}^\circ \text{ de consultas urgentes atendidas en el día} / \text{N}^\circ \text{ total de consultas urgentes}) \times 100$ (mensual)	El porcentaje mayor o igual al 80% mensual.
	Tiempo de demora en la atención desde alta hospitalaria	Fecha de atención-Fecha de alta hospitalaria (cálculo anual para cada individuo en horas)	El tiempo de demora en ningún caso será superior a 72 horas desde el alta hospitalaria.
	Disponibilidad de contacto con el equipo	Existencia de línea telefónica atendida por un profesional 5 horas diarias: Sí/No (anual)	El equipo posibilitará una línea abierta y directa de contacto de al menos 5 horas diarias de lunes a viernes.
CAPACIDAD DE CONTENCIÓN			
Proceso	Número de actuaciones y/o contactos con personas de la red familiar o de apoyo de la persona atendida	$\text{N}^\circ \text{ de actuaciones/contactos con personas de la red familiar o de apoyo de la persona atendida}$ (cálculo mensual para cada individuo)	En cada caso se habrán realizado un mínimo 2 actuaciones o contactos al mes con personas de la red familiar o de apoyo de la persona atendida.
Resultado	Porcentaje de ingresos hospitalarios	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes ingresan} / \text{N}^\circ \text{ total pacientes en programa}) \times 100$ (anual)	Los ingresos hospitalarios de pacientes no deberían ser nunca superiores al 20% al año.
	Porcentaje de internamientos con carácter involuntario/ forzoso en otros recursos	$(\text{N}^\circ \text{ total de ingresos involuntarios} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes en programa}) \times 100$ (anual)	Los ingresos involuntarios en otros recursos (USHM, CT...) no deberían ser superiores al 15 % anual.
CALIDAD DE LA ATENCIÓN			
Resultado	Porcentaje de personas usuarias incluidas en programas de atención social (integración social/ residencial y ocupacional)	$\text{N}^\circ \text{ pacientes en programas de atención social} / \text{N}^\circ \text{ total pacientes en programa}$ (anual)	Mantener o aumentar porcentaje
	Diferencias en el nivel de calidad de vida percibida en los(as) pacientes según la escala Whoqol-Bref	Índice calidad de vida expresada postintervención-Índice calidad de vida expresada preintervención (cálculo individualizado al inicio y final del proceso de tratamiento)	Diferencia positiva: Incremento en el índice de la escala al final de la intervención para cada individuo.
	Media de satisfacción percibida por los(as) pacientes según la escala CSQ	$(\text{índice satisfacción}_1 + \dots) / \text{índice satisfacción}_N / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes en programa}$ (al final de la intervención)	Puntuaciones medias superiores a 20 al final de la intervención



conclusiones

Han sido muchos los contenidos abordados a lo largo del documento, a pesar de lo cual, las y los profesionales que hemos participado en su elaboración hemos sido en todo momento conscientes de que el texto sólo es un punto de partida, una primera posibilidad, más o menos organizada, de comenzar a implementar este tipo de actuaciones dentro de nuestra práctica clínica. Sin duda, será la propia realidad de su aplicación en nuestro contexto sanitario la que nos provea de una mayor y más certera información sobre sus posibilidades reales, limitaciones, y aspectos a tener en cuenta para optimizar los rendimientos futuros de cara al propio usuario y a la organización.

Posiblemente algunos de los temas tratados podrían haber tenido un desarrollo mayor y también quizá, porqué no, otros no tenidos en cuenta hubieran podido ser incluidos. Las propias características que el documento final habría de tener, ser claro, concreto y posibilista dentro del contexto sanitario y social en el que nos movemos actualmente, han funcionado como contextualizadoras de nuestro trabajo. Se ha intentado seguir estos criterios tanto en el desarrollo de los puntos con un contenido más conceptual, como en aquellos en los que se planteaban opciones concretas para su implementación.

Nuestro objetivo ha sido que el documento recoja buena parte de la evidencia y experiencia acumuladas disponibles actualmente sobre el proce-

dimiento. La idea ha sido evitar en lo posible sesgos y visiones a prioriísticas que pudieran inducir un estado de opinión en profesionales y/o gestores/as. Por ello hemos recogido, a la par de los datos ya clásicos sobre eficacia, otras visiones y resultados que quizás podrían actuar como limitadores del optimismo inicial. Lejos de marginar ese tipo de experiencias, nos ha parecido especialmente interesante dedicarles una mayor atención y análisis; en primer lugar, porque creemos que todo procedimiento tiene sus zonas de optimización y que la única manera de que éste crezca es a través del reconocimiento y trabajo sobre las mismas, y en segundo, porque algunos de estos datos estaban relacionados con aplicaciones y adaptaciones del TAC en diferentes contextos sanitarios, algo que nos parecía potencialmente muy enriquecedor.

Señalado lo anterior, nos gustaría finalizar el documento apuntando algunas cuestiones a modo de conclusión.

1. La primera y más contundente de ellas, hace mención a que el TAC puede constituir un procedimiento de actuación **eficaz** para proveer una atención sanitaria de calidad a un perfil específico de personas usuarias: pacientes cuyas necesidades especiales pueden ser sólo parcialmente atendidas por los servicios de Salud mental al uso. Compartimos la idea de que uno de los parámetros de calidad de cualquier sistema sanitario reside, precisamente, en que existan articuladas opciones asistenciales concretas para personas con un alto riesgo de exclusión sanitaria y social. El TAC, además, es perfectamente coherente con el modelo comunitario que ha inspirado el diseño y el desarrollo de servicios para la atención a la Salud mental en nuestra comunidad autóno-

ma. Su metodología no debería plantear, por tanto, ningún problema en su puesta en marcha, y el colectivo profesional habría de reconocerla como algo útil y cercano. Aunque es cierto que el contexto actual de sobrecarga asistencial limita en buena medida la capacidad de elaboración y respuesta de los profesionales, tampoco lo es menos que existen en la red, personas usuarias con altos niveles de disfuncionalidad que van a requerir respuestas más creativas y flexibles.

2. La segunda tiene que ver con nuestra certeza de que estamos ante una intervención de carácter **eminente sanitario**. De manera natural, el equipo TAC va a tener que estar en estrecha coordinación con otras instituciones e instancias que se encuentran dentro de lo que se ha venido en llamar el espacio sociosanitario (servicios sociales comunitarios, FAISEM, servicios de orientación y apoyo al empleo, organizaciones no gubernamentales, asociaciones vecinales, etc.). Estas instituciones pueden configurarse como un recurso fundamental para dar salida adecuada a las necesidades detectadas y han de ser tenidas en cuenta a la hora de que el equipo configure la programación y la respuesta individual concreta ante las mismas.

Sin embargo, a nuestro entender, estamos ante un tipo de actuación que debe instaurarse dentro de la cartera de servicios de las diferentes UUGCSM y que requiere, además, de un nivel formativo y actitudinal elevado en los y las profesionales. Son las propias UUGC las que deben seleccionar sobre la base de la idoneidad de perfil a las personas que terminen por integrarse en estos equipos, garantizando con ello, el que los parámetros de calidad en la atención a la persona usuaria queden en

todo momento optimizados. No estaríamos, por tanto, ante programas intersectoriales, sino más bien ante programas sanitarios desarrollados en el espacio intersectorial. En esta línea apostaríamos porque los y las profesionales que compongan estos equipos tengan una única dependencia funcional y que ésta sea sanitaria.

3. Una tercera conclusión tiene que ver con la necesidad de **delimitar conceptos**. Se hace necesario adecuar la denominación de las actuaciones a lo que realmente estas implican en el plano asistencial. En este sentido, entendemos que la denominación *Tratamiento Asertivo en la Comunidad* hace referencia a un tipo muy concreto de abordaje, realizado por un equipo multidisciplinar de profesionales que ofertan una atención con unos parámetros de continuidad y disponibilidad concretos que ya han sido comentados en el documento. En esta época en la que nos encontramos, es muy frecuente observar cómo la utilización inadecuada del lenguaje define arbitrariamente realidades, quedando luego el desarrollo asistencial real muy alejado de lo inicialmente definido. El TAC no es ajeno a esta realidad; de esta manera es común observar como con frecuencia cualquier equipo de profesionales que desarrolle su actuación de manera preferente en el ámbito comunitario puede autodefinirse como equipo TAC. La delimitación conceptual de qué puede y qué no puede considerarse un equipo TAC, está ya hoy suficientemente contrastada sobre la base de criterios objetivos vinculados al funcionamiento y a la cartera de servicios que éste ofrece y debe ser tomada en cuenta para denominar, con el menor grado de ambigüedad posible, las diferentes opciones y abordajes que se pueden ofertar a la ciudadanía. En este sentido consideramos que la denomina-

ción de equipos ETAC (Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario) en nuestra comunidad autónoma debe quedar circunscrita a aquellos equipos multidisciplinares compuestos por profesionales que desarrollan su actividad de manera independiente y a tiempo completo sobre la cartera de usuarios/as que tienen asignada. Ya se ha comentado en el texto la posibilidad de poder articular otro tipo de opciones sobre la base de programas de tipo transversal. Esta tipología de intervenciones puede resultar más posibilista en el contexto de recursos sanitarios en el que actualmente nos movemos, pero no podrían considerarse estrictamente como programas TAC porque poco tienen en común con los estándares señalados para los mismos. Proponemos la denominación de *Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario* (ETIC) para estos equipos, que estarían a medio camino entre la intervención domiciliaria estándar realizada por las USMC (aportando un plus de intensidad en el servicio frente a las mismas) y los ETAC.

4. Una última cuestión nos gustaría comentar en este apartado, aunque, siendo estrictos con los contenidos, no es en sí misma una conclusión, sino más bien una recomendación, que no hemos sido capaces de dejar pasar por considerarla crucial para el futuro de estas actuaciones. La recomendación en cuestión tiene que ver con la **dotación de recursos** y el respaldo institucional que deben tener estos programas para que su continuidad y operatividad real quede garantizada.

Por último, para que la continuidad y la operatividad de los programas de tratamiento asertivo comunitario sean una realidad, el grupo de trabajo recomienda que las personas responsables de la gestión pongan

especial cuidado a la hora de dotar y mantener a estos equipos con los recursos apropiados, tanto humanos como materiales. Contar con la motivación de los y las profesionales para llevar a cabo estos programas es fundamental. Ahora bien, la complejidad de la tarea, la dificultad de abordaje de las personas incluidas en los programas de tratamiento asertivo comunitario, hacen imprescindible el respaldo institucional, sin el cual el personal integrado en estos programas, expuesto a un gran desgaste, puede tener grandes niveles de frustración que pueden limitar su nivel de implicación, la calidad de su respuesta y, en última instancia, comprometer la viabilidad futura de estas actuaciones.

bibliografía

- Aagaar J, Nielsen JA. Experience from the first ACT programme in Denmark. II. Severe mental illness. A register diagnosis. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58(2):171-174.

- Allness D, Knoedler W. National program standards for ACT teams. School of Medicine, The University of Queensland and Visiting (2003 revision) Arlington, VA: NAMI: <http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Programs/PACT1/NationalStandardsforACTeams.pdf>

- Allred CH A, Burns B, Phillips S. The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care. *Adm Policy Ment Health*. 2005; 32(3):211-220.

- Alonso M, Bravo MF, Fernández A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2004; 92:25-51. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n92/v24n4a03.pdf>

- Appelbaum PS, Le Melle S. Techniques used by assertive community treatment (ACT) teams to encourage adherence: patient and staff perceptions. *Community Ment Health J*. 2008; 44(6):459-64.

- Bak M, Van Os J, Delespaul P, de Bie A, á Campo J, Poddighe 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 use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(2):125-30.

- Baronet A, Gerber G. Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clin Psychol Rev*. 1998; 18(2):189-228.

- Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113:9-16.
- Bedell J, Cohen L, Sullivan, A. Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Ment Health J*. 2000; 36:179-94.
- Billings J, Johnson S, Bebbington P, Greaves A, Priebe S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions. Pan-London Assertive Outreach Study, part 2. *Br J Psychiatry*. 2003;183:139-47.
- Bond G, Drake R. Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on "FACT: a Dutch version of ACT". *Community Ment Health J*. 2007; 43(4):435-8.
- Bond GR, Salyers MP. Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS Spectr*. 2007; 9(12):937-42.
- Bonsak C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Can J Psychiatry*. 2005; 50:845-850.
- Burns J, Catty S, White S, Clement G, Ellis I, Jones P et al. Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychol Med*. 2009; 39: 313–323.
- Burns T, Catty J, Wright C. Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 33-35.
- Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*. 2007; 18: 335-336.
- Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet*. 1999; 353(9171): 2185-9.

- Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv.* 2001;52(5):631-6.
- Burns T, White I, Byford S, Fiander M, Creed F, Fahy T. Exposure to case management: relationships to patient characteristics and outcome. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry.* 2002; 181:236-41.
- Burns T. Case management or assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiol Psichiatri Soc.* 2008; 17(2):99-105.
- Burns T. End of the road for treatment-as-usual studies? *Br J Psychiatry.* 2009; 195(1):5-6.
- Burns T. Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2007; (Suppl 50): s37-41.
- Burns T, Firn M. *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for practioners.* Oxford. Oxford University Press, 2002.
- Burns T. The rise and fall of assertive community treatment?. *Int. Rev Psychiatry.* 2010;22 (2):130-7.
- Carpenter J, Luce A, Wooff D. Predictors of outcomes of assertive outreach teams: a 3-year follow-up study in North East England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010. Epub ahead of print.
- Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Morse GA, Lemming MR. Predictors of the working alliance in assertive community treatment. *Community Ment Health J.* 2006;42(2):161-75.
- Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Lemming MR. Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs. *Care Manag J.* 2004; 5(4):199-202.
- Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PW, Xie H, McGuire TG, Drake RE, McHugo GJ, Keller AM, Zubkoff M. Cost-effectiveness of assertive community treatment versus

standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Serv Res.* 1998; 33(5):1285-308.

- Coldwell C, Bender W. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(3):393-9.
- Comisión Europea. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: Comunidades Europeas, 2005. <http://www.femasam.org/pdf/Informes/Libroverde.pdf>
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria* 1985; 5(13): 204-222.
- Commander M, Sashidharan S, Rana T, Ratnayake T. North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40(12):988-93.
- Consejería de Salud. Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 17 de marzo 2008; BOJA núm. 53: 11-17. <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2008/53/d/updf/d12.pdf>
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2008.
- Consejería de Salud. III Plan de Salud Andaluz 2003-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, 2003.
- Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado. Trastorno mental grave. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2006. <http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/DEFINITIVO%2520PARA%2520WEB%2520TMG%5b1%5d.pdf>.

- Coursey R, Curtis L, Marsh D. Competencies for direct service staff members who work with adults with severe mental illnesses in outpatient public mental health/managed care systems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 2000; 23:370-377.
- Crawford MJ, de Jonge E, Freeman GK, Weaver T. Providing continuity of care for people with severe mental illness- a narrative review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(4):265-72.
- Cuddeback GS, Morrissey JP, Meyer PS. How many assertive community treatment teams do we need? *Psychiatr Serv*. 2006; 57(12):1803-6.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y, Gardien M, Hernandez-Willenborg M, Nusselder H. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002; 38(5): 425-432.
- Drake RE, Deegan PE. Are assertive community treatment and recovery compatible? Commentary on "ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams". *Community Ment Health J*. 2008; 44(1): 75-77.
- Drukker M, Maarschalkerweerd M, Bak M, Driessen G, à Campo J, de Bie A, et al. A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*. 2008; 4(8):93-99.
- Essock SM, Frisman LK, Kontos NJ. Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *Am J Orthopsychiatry*. 1998; 68(2):179-90.
- Falloon IRH. *World Psychiatry* (Ed Esp). Intervenciones familiares en los trastornos mentales: eficacia y efectividad. *World Psychiatry* (Ed Esp). 2003; 1(1):20-28.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing recovery oriented evidence based programs:identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J*. 2005; 41(2):141-58.

- Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *Br J Psychiatry*. 2003;182: 248-54.
- Fiander M, Burns T, Ukoumunne OC, Fahy T, Creed F, Tyrer P, et al. Do care patterns change over time in a newly established mental health service? A report from the UK700 trial. *Eur Psychiatry*. 2006; 21(5):300-6.
- García Herrero G. La relación entre servicios sanitarios y sociales: 2º Congreso nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid:1987.
- Gomory T. Programs of assertive community treatment (PACT): a critical review. *Ethical Hum Sci Serv*. 1999; 1: 147-163.
- Gomory T. The origins of coercion in Assertive Community Treatment: a review of early publications from the special treatment unit of Mendota State Hospital. *Ethical Hum Sci Serv*. 2002; 4(1): 3-16.
- Gomory T. A critique of the effectiveness of assertive community treatment *Psychiatr Serv*. 2001; 52(10):1394-5.
- Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. Barcelona: Mosby. 2003.
- Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J*. 1998; 34:241-50
- Hackman AL, Stowell KR. Transitioning clients from assertive community treatment to traditional mental health services. *Community Ment Health J*. 2009; 45(1):1-5.
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003; 31(4):182-91.

- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin(Barc)*. 2006; 126(12):445-51.
- Harteloh P. The meaning of quality in health care: A conceptual analysis. *Health Care Anals*. 2003; 11: 259-267.
- Herdelin N, Scott T. Experimental Studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT): A Meta-Analysis. *Journal of Disability Policy Studies*. 1999; 10: 53-89.
- Hernández, M. *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Barcelona: Asociación Mundial de Psiquiatría, 2004.
- Hernández M. El tratamiento asertivo comunitario. Ponencia presentada al Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Salamanca. 19-22 de Noviembre 2003.
- Hooley JM, Campbel C. Control and controllability: belief and behavior in high and low expressed emotion relatives. *Psychol Med*. 2002; 32(6):1091-1099.
- Johnson S. So what shall we do about assertive community treatment? *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008; 17(2):110-4.
- Johnston S, Salkeld G, Sanderson K, Issakidis C, Teesson M, Buhrich N. Intensive case management: a cost-effectiveness analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998; 32(4): 551-9.
- Jones IR, Ahmed N, Catty J, McLaren S, Rose D, Wykes T, et al. Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers. *Soc Sci Med*. 2009; 69(4):632-9.
- Kane CF, Blank MB. NPACT: enhancing programs of assertive community treatment for the seriously mentally ill. *Community Ment Health J*. 2004; 40(6):549-59.
- Katsakou C, Bowers L, Amos T, Moris R, Rose D, Wykes T, et al. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(3): 286-92.

- Kidd SA, George L, O'Connell M, Sylvestre J, Kirkpatrick H, Browne G, et al. Fidelity and recovery-orientation in assertive community treatment. *Community Ment Health J.* 2010; 46(4):342-50.
- Killaspy H, Johnson S, King M, Bebbington P. Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008; 17(1): 47-56.
- Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ.* 2006; 332(7545):815-20.
- Killaspy H, Johnson S, Pierce B, Bebbington P, Pilling S, Nolan F, et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009; 44(7):532-40.
- Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, et al. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *Br J Psychiatry.* 2009; 195(1):81-2.
- Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon L. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull.* 2009; 35(4):696-703.
- Krupa T, Eastabrook S, Hern L, Lee D, North R, Percy K, et al. How do people who receive assertive community treatment experience this service? *Psychiatr Rehabil J.* 2005; 29(1):18-26.
- Lafave HG, de Souza HR, Gerber GJ. Assertive community treatment of severe mental illness: a Canadian experience *Psychiatr Serv.* 1996; 47(7):757-9.
- Lambert M, Bock T, Schotle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standar care:a 12-month trial in patient with first-a multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry.* 2010 (Epub ahead of print).

- Lang MA, Davidson L, Bailey P, Levine MS . Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment. *Psychiatr Serv.* 1999; 50(10):1331-40.
- Längle G, Egerter B, Albrecht F, Petrasch M, Buchkremer G. Prevalence of mental illness among homeless men in the community. Approach to a full census in a southern German university town. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40:382–390.
- Lasalvia A, Ruggeri, M. Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from “real world” health services research into cal practice”. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 116:6-15.
- Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry.* 1999; 44(5):443-54.
- Latimer E. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci.* 2005; 30(5):355-9.
- Lehman AF, Dixon L, Hoch JS, Deforge B, Kernan E, Frank R. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry.* 1999; 174:346-52.
- Leiphart LR, Barnes MG. The client experience of assertive community treatment: a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J.* 2005; 28(4): 395-7.
- Lobban F, Barrowclough C, Jones M. Assessing cognitive representation of mental health problems. The illness perception questionnaire for schizophrenia: relatives version. *Br J Clin Psychol.* 2005; 44:163-180.
- Lora A, Veis R, Erlicher A. Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community Ment Health J.* 2007; 43(4):341-57.
- Mancini AD, Moser LL, Whitley R, McHugo GJ, Bond GR, Finnerty MT, et al. Assertive community treatment: facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatr Serv.* 2009; 60(2):189-95.

- Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13:475-80.
- Marshall M, Creed F. Assertive community treatment - is it the future of community care in the UK? *Int Rev Psychiatry* 2000; 12:191-96.
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*; 2000; 2: CD 001089.
- Marshall M. What have we learnt from 40 years of research on Intensive Case Management? *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2008; 17(2):106-9.
- Marshall M, Bond G, Stein LI, Shepherd G, McGrew J, Hoult J, et al. PRISM psychosis study: Design limitations, questionable conclusions. *Br J Psychiatry*. 1999; 175: 501-3.
- Martínez-Jambrina JJ. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2007; 7(2):147-59.
- Martínez-Jambrina JJ, Peñuelas E. Tratamiento Asertivo Comunitario: el Modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatría*, 2007; 70(2):77-82.
- Marx A, Test M, Stein L. Extrohospital management of severe mental illness. Feasibility and effects of social functioning. *Arch Gen Psychiatry*. 1973; 29(4):505-11.
- McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009; 18(1): 54-8.
- McCrone P, Johnson S, Thornicroft G. Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr Bull*. 2001; 27(4):653-60.
- McCrone P, Killaspy H, Bebbington P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(7):908-13.

- McCrone P, Thornicroft G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Johnson S. Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study. *Br J Psychiatry*. 1998; 173:391-8.
- McDonel EC, Bond GR, Salyers M, Fekete D, Chen A, McGrew JH, et al. Implementing assertive community treatment programs in rural settings. *Adm Policy Ment Health*. 1997; 25(2):153-73.
- McFarlane WR. Fact: integrating family psychoeducation and assertive community treatment. *Adm Policy Ment Health*. 1997; 25(2):191-197.
- Meyer PS, Morrissey JP. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatr Serv*. 2006; 58(1):121-7.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España, 2007. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España, 2009.
- Monahan J, Redlich A, Swanson J, Robbins P, Appelbaum P. Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatr Serv*. 2005; 54:37-44.
- Moreno-Küstner B, Mayoral F, Pérez O, García-Herrera JM, Algarra J, Rivas F, et al. The Malaga Schizophrenia Case-Register (Resma): Overview of Methodology and Patient cohort. *Int J Soc Psychiatry*. 2009; 55:5-15.
- Moser L, Bond G. Scope of agency control: assertive community treatment teams' supervision of consumers. *Psychiatr Serv*. 2009; 60:922-928.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*. 1998; 24(1):37-74.

- Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Ediciones Témpora; Obra Social Cajamadrid. 2003.
- Nelson T, Johnson S, Bebbington P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44(7): 541-9.
- Nieves EJ. The effectiveness of the assertive community treatment model. *Adm Policy Ment Health*. 2002; 29(6):461-80.
- Nixon J, Phipps K, Glanville J, Mugford M, Drummond M. Using economic evidence to support decision making: a case study of assertive community treatment within the UK National Service Framework for Mental Health. *Appl Health Econ Health Policy*. 2002; 1(4):179-90.
- Norquist G. Contented but no better: problems with satisfaction. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(7): 867.
- O'Brien A, Fahmy R, Singh S. Disengagement from mental health services. A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2009; 44(7):558-568.
- OMS. Conferencia ministerial europea de la OMS sobre Salud Mental. Declaración sobre salud mental para Europa: Frente a los desafíos, encontrar soluciones. Helsinki: OMS, 2005. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10), Vol. 1. Washington, DC: OMS, 1995.
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Øhlenschlaeger J, Christensen TØ, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Br Med J*. 2005; 331: 602

- Priebe S, Bandesconyl A, Fiorotti A, Hansson L, Killian R, Torres-Gonzalez F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *Br Med J*. 2005; 330 (7483):123-126.
- Priebe S, Burton A, Ashby D, Ashcroft R, Burns T, David A, et al. Financial incentives to improve adherence to anti-psychotic maintenance medication in non-adherent patients - a cluster randomised controlled trial (FIAT). *BMC Psychiatry*. 2009; 28; 9:61.
- Priebe S, Fakhoury W, Watts J, Bebbington P, Burns T, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes. Pan-London Assertive Outreach Study, part 3. *Br J Psychiatry*. 2003; 183:148-54.
- Priebe S, Fakhoury W, White I, Watts J, Bebbington P, Billings J, et al. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry*. 2004; 185: 306-11.
- Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *Int Rev Psychiatry*. 2008; 20(6):521-6. Review.
- Priebe S, Watts J, Chase M, Matanov A. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:438-43.
- Prince PN, Gerber GJ. Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Qual Life Res*. 2005; 14(1):161-9.
- Roeg D, Van de Goor I, Garretsen H. Toward quality for assertive outreach programmes for severely impaired substance abusers: concept mapping with Dutch experts. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17(3):203-208.
- Rosen A, Mueser KT, Teesson M. Assertive community treatment issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev*. 2007; 44(6):813-25.
- Rosen A, Teesson M. Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001; 35(6):731-46.

- Rotelli F, De Leonardis O, Mauri O. Desinstitucionalización: otra vía. *Revista de la AEN*. 1987; 21 (7):166-87.
- Salize H, Schanda H, Dressing H. From the hospital into the community and back again-a trend towards: re-institutionalisation in mental health care? *Int Rev Psychiatry*. 2008; 20(6): 527-534.
- Salyers MP, Tsemberis S. TAC and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Community Ment Health J*. 2007; 43(6): 619-41.
- Salyers MP, McGuire AB, Rollins AL, Bond GR, Mueser KT, Macy VR. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J*. 2010; 46(4):319-29.
- Saraceno B, Dua T. Global mental health: the role of psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009; 259 Suppl 2:S109-17.
- Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Dangerous or merely difficult? The new population of forensic mental hospital. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(6):365-372.
- Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995; 21(4): 657-68.
- Scott JE, Dixon LB. Community-based treatment for severe mental illness: What are the benefits and costs?. *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal*. 2002.
- Smith L, Newton R. Systematic review of case management. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41(1):2-9.
- Spindel T, Nugent J. Polar opposites: empowerment philosophy and assertive community treatment (ACT). *Ethical Human Science Services*. 2000; 2:93-101.
- Stacey, R. *Complexity and Creativity in Organizations*, San Francisco, CA: Berrett Koehler, 1996.

- Stanhope V, Matejkowski J. Understanding the Role of Individual Consumer-Provider Relationships Within Assertive Community Treatment. *Community Ment Health J.* 2009; [Epub ahead of print]
- 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.
- 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.
- Stovall J. Is assertive community treatment ethical care? *Harv Rev Psychiatry.* 2001; 9: 139-143.
- 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(2):105-12.
- Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68(2):216-32.
- Tepper MC. Psychosocial rehabilitation: a newcomer's eye. *Psychiatric Serv* 2007; 58(8):1116-8.
- Test M, Stein L. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Ment Health J.* 1976; 12(1):72-82.
- Thorgersen M, Morthorst B, Nordentoft M. Perceptions of coercion in the community: a qualitative study of patients in a Danish assertive Community Treatment Team. *Psychiatric Q.* 2010; 81:35-47.

- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004; 185:283-90.
- Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, et al. Rationale and design. PRISM Psychosis Study I. *Br J Psychiatry*. 1998; 173:363-70.
- Timms P. Is There Still a Problem with Homelessness and Schizophrenia? *Int J Ment Health*. 2005; 34(3):57-75.
- Tyrer P, Balod A, Germanavicius A, McDonald A, Varadan M, Thomas J. Perceptions of assertive community treatment in the UK and Lithuania. *Int J Soc Psychiatry*. 2007; 53(6):498-506.
- 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.
- Tunner T, Salzer M. Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Adm. Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*. 2006; 21(2):555-567.
- Van der Leer G, director. British Columbia Program Standards for Assertive community treatment (ACT) teams. British Columbia. Ministry of Mental Health; March 2008
- Van Dijk B, Mulder C, Roosenschoon B, Kroon H, Bond G. Dissemination of assertive community treatment in the Netherlands. *J Ment Health*, 2007; 16(4):529-535.
- Van Os J. Schizophrenia treatment: content versus delivery. *Acta Psychiatr Scand* 2009; (Supl.):29-32.
- Van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*. 2007;43(4):421-33.
- Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*, 2002; 16(5): 439-54.

- 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, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part 1. *Br J Psychiatry*. 2003;183:132-8.
- Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 789-796.
- Wright J, Hill P. Trabajo en equipo. En: Wright J, Hill P. *Gobierno clínico*. Primera edición en español, Madrid: Elsevier España, 2006. p. 161-179.
- Wuerker AK, Haas GL, Bellack AS. Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia: change over time. *Schizoph Bull*. 2001; 27(4):671-685.
- Young MS, Clark C, Moore K, Barrett B. Comparing Two Service Delivery Models for Homeless Individuals With Complex Behavioral Health Needs: Preliminary Data From Two SAMHSA Treatment for Homeless Studies. *J Dual Diag*. 2009;5(3):287-304.
- Young AS, Chinman M, Forquer SL, Knight EL, Vogel H, Miller A, et al. Use of a consumer-led intervention to improve provider competencies. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(8):967-75.
- Young AS, Forquer SL, Tran A, Starzynski M, Shatkin J. Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness. *J Behav Health Serv Res*. 2000; 27(3): 321-33.
- Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000; 51(11):1410-21.
- Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe. A review. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106(1): 3-8.

WHOQOL-BREF

- WHOQOL Group. Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) Qual Life Res, 1993; 2: 153-159.
- Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

BELS

- Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). Actas Esp Psiquiatri. 2000; 28(5): 284-288

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN (CSQ)

- Roberts R, Attkisson C. Assessing client satisfaction among Hispanics. Eval Program Plann. 1983; (6):401-413.

SOFS

- Saraswat N, Rao K, Subbakrishna D, Gangadhar B. The social occupational functioning scale (SOFS): A brief measure of functional status in persons with schizophrenia. Schizophrenia Res, 2006; 81:301-309.

SFS

- Torres A, Olivares JM. Validación en castellano de la Social Functioning Scale (Escala de Funcionamiento Social). Actas Esp Psiquiatri. 2005; 33(4): 216-220.

SOFAS

- American Psychiatric Association. Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). American Psychiatric Publishing 2008.

CANSAS-P

- Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need short appraisal schedule (CANSAS-P). Community Ment Health J. 2008; 44(2):113-24.

ESCALA HONOS

- Uriarte J, Beramendi V, Medrano J, Wing J, Beevor A, Curtis R. Presentación de la Traducción al Castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). 1999.

índice de siglas y abreviaturas

ACT: Assertive community treatment (Tratamiento asertivo en la comunidad)

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Escala breve de evaluación psiquiátrica)

CMHT: Community mental health teams (Equipos de salud mental comunitaria)

DTACS: Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (Escala Dartmouth de fidelidad al tratamiento asertivo comunitario)

ECC: Equipo de continuidad de cuidados

ESEMeD: Estudio europeo de epidemiología sobre trastornos mentales

ETIC: Equipo de tratamiento asertivo en la comunidad. Así se denomina la propuesta de adaptación del ETAC a nuestro entorno

FACT: Flexible assertive community treatment (Tratamiento asertivo en la comunidad flexible)

FAISEM: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental

FTAC: Tratamiento asertivo en la comunidad flexible

II PISMA: II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

NIC: Nursing Intervention Classification (Clasificación de intervenciones de enfermería)

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIT: Plan Individualizado de Tratamiento

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TAC: Tratamiento asertivo en la Comunidad

TIC: Tratamiento intensivo en la Comunidad

TMG: Trastorno Mental Grave

UGC: Unidad de Gestión Clínica (plural: UUGC)

UGCSM: Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (en plural: UUGCSM)

UHSM: Unidades Hospitalarias de Salud Mental

USM: Unidades o dispositivos de Salud Mental (en global)

USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria



SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

Desarrollo de Programas de **Tratamiento Asertivo Comunitario** en Andalucía. Documento marco



**Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía**



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



EASP19852010



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL