

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Mariano Hernández Monsalve

INTRODUCCIÓN. LA CRONICIDAD PSIQUIÁTRICA COMUNITARIA TRAS LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN¹

Hace ya más de cuarenta años que se iniciaron los procesos de reforma psiquiátrica, con objetivos de desinstitucionalización y de creación de servicios y de redes de salud mental comunitaria alternativas a las antiguas instituciones.

El balance de esos años ofrece un panorama desigual, pues si bien es cierto que muchos pacientes se han librado del porvenir manicomial, pasan la mayor parte del tiempo en la comunidad, con eventuales periodos de hospitalización, pueden mantener una aceptable autonomía y, con menos frecuencia, han configurado su propio núcleo familiar o mantienen un trabajo, otra gran cantidad de personas con trastornos mentales más o menos graves y persistentes pasan su vida con poca autonomía y precaria calidad de vida, sin apenas amigos y muy a menudo también sin pareja, o malviven en las bolsas de marginación y exclusión (entre la calle –“sin hogar”– y la cárcel, como circunstancias de reclusión extrema); bolsas que en la mayor parte de los países occidentales supuestamente “desarrollados” están demasiado nutridas de personas que padecen algún trastorno mental crónico.

La desinstitucionalización acercó a los pacientes mentales a la comunidad, y ahí es donde ahora se manifiestan sus dificultades y, muy a menudo, sus cronicidades.

Entre los factores limitantes del despliegue efectivo de las alternativas comunitarias se han señalado:

- a) la escasa relevancia de los nuevos dispositivos comunitarios frente al peso (económico y asistencial) que han mantenido, o recuperado, los hospitales.
- b) los frecuentes fenómenos de transinstitucionalización; los objetivos parciales de muchas de las nuevas alternativas (sólo para ciertos tipos de pacientes, o sin constituir una red global de servicios alternativos suficientemente bien conjuntados entre sí, o con difícil articulación entre los servicios sociales y los sanitarios).
- c) el desplazamiento del interés de muchos de estos nuevos servicios hacia pacientes menos graves, pero muy demandantes de servicios, quedando desplazados los pacientes más graves, pero desinteresados de la atención ofertada en los nuevos centros.
- d) la actitud “no intervencionista” falta de “asertividad” de los nuevos servicios en el seguimiento de esos pacientes más graves, pero desinteresados, renunciando a toda intervención que no fuera solicitada activamente por el interesado.
- e) el desinterés de muchos profesionales por la atención comunitaria a los pacientes más graves, prefiriendo dedicar el esfuerzo a pacientes menos disruptivos y clínicamente “más agradecidos”.
- f) muy especialmente, la escasa dotación financiera de los nuevos servicios. Muy a menudo, los políticos y administradores sanitarios decidieron ofertar nuevos servicios comunitarios alternativos, sin la necesaria dotación financiera (el grueso de la financiación seguía dedicándose a las antiguas instituciones hospitalarias; o bien se derivaban a otros proyectos los ahorros derivados de cierres de hospitales o los beneficios de ventas de los terrenos de antiguos hospitales).

¹ Los aspectos señalados en esta introducción los he descrito con más detalle en otros textos recientes: Hernández Monsalve M. A. (2000, 2002, 2003).

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, por el contrario, allí donde se ha respetado la distribución de presupuestos según necesidades de los pacientes, y “las pesetas- los euros” han acompañado a los pacientes (“del hospital al área”) se han avanzado con éxito procesos de desinstitucionalización (Knap, et al., 1990; Leff, 1991; Aparicio y Sánchez, 1990; Desviat, 1994). En la práctica son tan importantes los recursos disponibles como el modo en que se produce el despliegue de los dispositivos (Tansela, 1991; García, 1997).

En la experiencia española se han producido también muchos de los fenómenos antes señalados. El despliegue comunitario es aún muy insuficiente: ciertamente se ha producido un fuerte cambio en la organización de servicios, de modo que se han generalizado los centros de salud mental y las unidades de hospitalización en hospitales generales, pero la atención comunitaria es muy frágil, apenas se realizan intervenciones fuera de los centros de salud mental, en el entorno ni con la red social de los pacientes, y la atención domiciliaria es anecdótica; a los pacientes graves se les proporciona muy poca atención psicosocial y también muy escasa atención a sus familias; las actividades de coordinación, tanto entre los distintos dispositivos de la red de salud mental como con otros tales como atención primaria de salud, servicios sociales generales, instancias jurídico-legales, o con entidades ciudadanas, son también muy escasas. Los familiares de los pacientes asumen una importante carga, subjetiva y objetiva. Los programas de rehabilitación están insuficientemente desarrollados; y además, en muchos equipos de salud mental se ha desdibujado la perspectiva rehabilitadora, al pasar a ser considerada la rehabilitación una actividad propia de equipos especializados en esas tareas. Existe falta de definición de responsabilidades –entre los responsables de “lo social” y de lo “sanitario”- en lo que se refiere a la atención a la cronicidad y al desarrollo de programas de rehabilitación e inserción social. Y, por supuesto, persiste una insuficiente financiación de los proyectos de salud mental comunitaria, lo que priva a muchos de los nuevos planes de credibilidad, por más que parezcan muy ambiciosos y bien diseñados sobre el papel².

La experiencia de estos años demuestra que es difícil hacer realidad en la práctica la perspectiva comunitaria en su sentido más genuino, si entendemos con Gélinas que lo comunitario, en salud mental, debe aplicarse para describir las intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social (Gélinas, 1998).

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (PTAC) son un modo (el más efectivo) de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a pacientes mentales, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de rechazo, marginación-exclusión social que tradicionalmente se han cernido como máximos riesgos de fracaso y sufrimiento añadido en las vidas de estos pacientes.

La puesta en marcha de los programas de TCA es consecuencia de la observación rigurosa y sistemática a lo largo de años de una experiencia de desinstitucionalización y despliegue de nuevos servicios de salud mental comunitaria: la experiencia original tuvo lugar en el hospital público de Madison, en el condado de Dane, en Wisconsin (Marx, Test y Stein, 1973, Test y Stein, 1978, Stein y Test, 1980).

² Se pueden encontrar revisiones de la situación de la salud mental en España, y propuestas de mejora en Desviat, 1994; García, Espino y Lara, 1998; AEN, 1999; Rivas, 2000; AEN, 2002; Verdugo, López, Gómez y Rodríguez, 2002; Gisbert, 2003.

Partiendo de su propia experiencia y de lo observado en otras muchas experiencias de desinstitucionalización, particularmente de Estados Unidos, los protagonistas de esta experiencia consideraron que la precaria adaptación social y la tendencia al reingreso de los pacientes crónicos-graves, no eran tanto una consecuencia directa e ineludible del trastorno que padecieran, sino más bien consecuencia del descuido en el plan de tratamiento de alguno de los siguientes aspectos:

1.- Necesidades básicas de cualquier individuo: alimentación, alojamiento, atención médica general... acceso a recursos materiales elementales.

2.- Habilidades para responder a las demandas de la vida comunitaria, como usar el transporte público, administrar un presupuesto doméstico o saber cocinar una alimentación básica.

Los autores insisten en que estas habilidades han de practicarse “en vivo”, sobre el terreno en que han de ser ejercidas.

3.- Motivación para perseverar en intentar mantenerse implicados en la vida.

La supervivencia en la vida social de estos pacientes no es nada fácil, de modo que constantemente están expuestos a circunstancias que les desaniman a persistir en el intento: ya sea el rechazo de los demás, la dificultad para iniciar o mantener amistades o pareja, o para alcanzar otros logros sociales o laborales, o para tolerar muy diversas formas de estrés y/o frustraciones inevitables de la vida.

El sistema de soporte social no debe pretender solamente la provisión de recursos materiales o facilitar el aprendizaje de habilidades sociales más o menos básicas, sino permitir que el paciente se sienta ayudado de forma eficaz, comprobando que no se le ha abandonado, no se le ha dejado solo.

4.- Reconocimiento de la tendencia de los pacientes a abandonar, a no implicarse, especialmente cuando se encuentran peor.

Tanto por cuestiones de índole psicopatológica, como por la complejidad de la red asistencial (burocracia, límites de la intervención de cada agencia o de cada profesional...), el riesgo de abandono y pérdida de pacientes en la red es muy alto, de modo que una de las características esenciales del programa habrá de ser asegurar la continuidad de cuidados de forma activa: la motivación del sujeto-paciente debe ser un objetivo intermedio del proceso de tratamiento, no un requisito de inicio del mismo.

Por esto, proponen un seguimiento activo para prevenir/evitar el abandono. El programa debe ser asertivo, proactivo.

5.- Suficiente libertad de movimientos como para evitar el establecimiento de relaciones patológicas de dependencia (que se definen como relaciones que inhiben el crecimiento personal, refuerzan conductas desadaptadas y generan pánico ante el temor de la pérdida).

Las relaciones de dependencia que tan frecuentemente se generan entre el paciente crónico y la familia y /o las instituciones se suelen acentuar con la hospitalización prolongada, de modo que la salida del hospital supone la vuelta a una situación familiar conflictiva, con el consiguiente riesgo de rehospitalización y desarrollo de pautas de “puerta giratoria”.

Por esto, los programas comunitarios deben proporcionar suficiente soporte para que los pacientes puedan mantenerse implicados en la vida comunitaria, favoreciendo al máximo su crecimiento, en el sentido de progresiva adquisición de autonomía.

6.- Apoyo, información y educación a los miembros de la familia y del entorno que están implicados con el paciente. El modelo PTAC propone una perspectiva interpersonal en

el abordaje de la cronicidad, de modo que considera imprescindible trabajar con el entorno significativo del paciente en un sentido que resulte aceptable y beneficioso para él.

El programa incluye tratamiento farmacológico y las intervenciones clínicas precisas, pero su foco de atención principal no es tanto el control de la sintomatología, como el desarrollar al máximo los puntos fuertes, las capacidades y cualidades más conservadas y más características de cada paciente. Siempre prestando el máximo apoyo posible al paciente, los familiares y al resto de miembros de su entorno comunitario. Siempre con la perspectiva de responder a las necesidades presentes, en el momento y lugar en que sea más pertinente intervenir. Por esto la mayor parte de la actividad se va a desarrollar fuera del despacho, a menudo en el propio domicilio, en el lugar de trabajo, en la calle o en cualquier otro lugar donde se lleven a cabo actividades de ocio, etc.

Con estas premisas desarrollaron un modelo inicial de intervención – el “Tratamiento Total en la Comunidad” – con las siguientes orientaciones:

- a) enseñar a los pacientes las habilidades, instrumentales y sociales, necesarias para funcionar en la vida social de la comunidad
- b) evitar en lo posible la rehospitalización
- c) trabajar con los familiares u otras personas próximas para romper las relaciones de dependencia psicológica (proceso que denominaron de “separación constructiva”)
- d) tratar a los pacientes como sujetos responsables a los que se animaban a exponerse tanto como fuera posible a las contingencias de la vida comunitaria,
- e) establecer estrecha colaboración con cuantas agencias que intervenían en la comunidad pareciera necesario,
- f) interesarse activamente (asertivamente) en mantener a los pacientes en el programa, evitando en lo posible abandonos del tratamiento.

Más tarde consideraron necesario aceptar que la mayoría de los pacientes crónicos presentaban déficits persistentes; y decidieron que el programa debía también ocuparse de sus dificultades para las relaciones interpersonales y para mantener un empleo competitivo.

Los elementos principales de la perspectiva de tratamiento fueron: asumir la responsabilidad de ayudar a los pacientes a obtener recursos materiales básicos como el alojamiento, proveer un sistema de soporte para motivar a los pacientes, para atenuar su soledad y para resolver sus problemas en la vida diaria; los profesionales del programa debían también ocuparse de “capitalizar/rentabilizar” los puntos fuertes de los pacientes; y además, como equipo, debían estar disponibles para los pacientes y para la comunidad en cualquier momento para intervenir allí donde fueran requeridos para abordar cualquier problema.

Varias conclusiones aparecían con bastante claridad: para que los pacientes se mantengan en la comunidad, aún sin que se “curen”, es preciso:

- a) flexibilizar el tipo de intervenciones, clínicas y sociales, adecuándolas a las necesidades percibidas por cada paciente;
- b) adecuar también la financiación (la atención comunitaria no es más cara, pero tampoco más barata; quizás la ventaja pueda darse en gastos indirectos o a largo plazo): “los dólares-las pesetas/euros han de seguir a los pacientes, y han de caminar también desde el hospital al área”.
- c) Además, los tratamientos han de mantenerse, en principio, de forma indefinida.

En la organización del programa se insistió en depositar en el equipo interdisciplinar la responsabilidad total del tratamiento -sin concertar servicios- que debía establecer alianza con los pacientes a largo plazo (indefinido), y diseñar una estrategia de intervención propia para cada paciente, susceptible de modificarse según cambiaran las circunstancias y necesidades de cada momento.

Desde el punto de vista práctico, se mantenía una proporción 1: 10 de profesionales/paciente, y una organización del equipo que permitía la posibilidad de intervención en crisis las 24 horas del día; también en ellos reposaba la decisión del ingreso y del alta. Con el tiempo se han ido ajustando algunos criterios que perfilan el progreso, tal y como se resume a continuación.

Criterios de fidelidad al tratamiento Comunitario Asertivo (Teague et al., 1998)

- proporción de casos asignados a cada profesional (lo idóneo 1:10)
- el equipo comparte los casos
- existen reuniones del equipo
- el equipo tiene un líder o responsable
- continuidad de la dotación, y de los miembros del equipo
- el equipo cuenta con un psiquiatra, un enfermero, un especialista en drogodependencias y con un especialista en actividades vocacionales-laborales
- se definen criterios de inclusión en el programa
- se registra sistemáticamente la tasa de ingresos en el programa
- el equipo asume responsabilidad completa del tratamiento, intervención en crisis y planificación del alta
- se mantiene el seguimiento por tiempo ilimitado
- proporcionan intervención “in vivo” (ej. en domicilio, en el trabajo si es preciso)
- mantienen una política de evitar abandonos
- mantienen seguimiento asertivo (evitando la desconexión de los pacientes)
- intensidad de servicios
- frecuencia de contacto (lo idóneo, contacto directo con enfermería)
- trabajan con el sistema de soporte social y las redes naturales
- el mismo equipo asume el tratamiento de las adicciones de los pacientes del programa

Los servicios proporcionados por el PTAC incluyen aspectos sociales y clínicos. De acuerdo con la actualización de Philips y cols (2001), incluyen las siguientes áreas de intervención y actividades:

- 1) Actividades y habilidades de la vida diaria (alimentación, vestido, uso de transporte, ayuda en las relaciones sociales y familiares).
- 2) Compromiso con las familias (ayuda en situaciones de crisis, psicoeducación y orientación familiar, coordinación con recursos de apoyo familiar).
- 3) Integración laboral (orientación vocacional, captación de empresas colaboradoras para la integración laboral de los pacientes, preparación para el trabajo).

- 4) Gestiones administrativas (preparación de documentos, solicitudes de ayudas, etc.; y acompañamiento, si es preciso para la presentación de los mismos, preparación de entrevistas, etc.).
- 5) Alojamiento (búsqueda del mismo, mantenimiento, financiación...).
- 6) Organización económica (previsión de necesidades y búsqueda de recursos, manejo del presupuesto).
- 7) Medicación (con el propósito de propiciar la correcta autoadministración).
- 8) Asesoramiento, consejo apoyo psicológico (orientado a una correcta identificación y afrontamiento de problemas, requiere una buena alianza terapéutica y una excelente concordancia entre todos los miembros del equipo entre sí y con el paciente).

Todo ello, con una disponibilidad de 24 horas al día los 365 días del año

La experiencia de Madison fue estableciendo una secuencia de cambios que suponían un traslado progresivo de responsabilidades asistenciales cada vez mayor desde el hospital hacia la comunidad, y se fueron evaluando sistemáticamente los resultados. En cuanto a resultados, lo más evidente fue que con el apoyo que proporcionaba el programa los pacientes necesitaban recurrir cada vez menos al hospital, de modo que disminuyeron muy significativamente las estancias (tanto de antiguos pacientes previamente institucionalizados, como de los nuevos pacientes). Otros efectos del programa fueron el que los pacientes mantuvieron mayor estabilidad en el domicilio, con pocos casos de "vagabundeo" o desconexión de la red, mejor calidad de vida, mayor satisfacción de los pacientes y de sus familiares.

Tras más de treinta años de aplicación en la práctica de estos programas, los protagonistas iniciales siguen haciendo aportaciones desde su experiencia, con el propósito de mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos. Entre esas propuestas cabe destacar:

- Acentuar el énfasis en el criterio clínico para individualizar las acciones con cada paciente.
- Prestarse a concertar, en ocasiones, intervenciones fuera del equipo.
- Manteniendo el criterio inicial de "la separación constructiva", trabajar más específicamente con las familias emocionalmente más alteradas: con sobreimplicación o intolerancia, e incorporar la psicoeducación como un componente esencial en el trabajo con familias.
- Modificar el criterio respecto a la hospitalización, que debe dejar de ser visto como la última medida a tomar, y pasa a ser considerado un elemento también importante del conjunto de dispositivos de atención comunitaria.
- Una de las variantes de aplicación del programa se dispuso un equipo móvil para atender a los pacientes más difíciles, y se diseñó un sistema de cuidados pensados para dar respuesta a diferentes necesidades de los distintos subgrupos de pacientes: así se dispone de un equipo móvil de intervención en crisis disponible las 24 horas del día, un programa de rehabilitación psicosocial basado en el modelo de Fountain House, una clínica de atención ambulatoria, y una amplia gama de servicios "vocacionales", viviendas y hospitalización. Se cuida que cada paciente reciba el nivel y gama de servicios que requiere, y se sigue cuidando la evitación de hospitalizaciones innecesarias, siendo el equipo de intervención en crisis quien ejerce de filtro a la hospitalización.

Otra importante dimensión de este programa ha sido el contar con el reconocimiento académico para formación de residentes de Psiquiatría.

RÉPLICAS DE ESTA EXPERIENCIA. LA GENERALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS TAC. COINCIDENCIAS Y DIFERENCIAS CON EL "CASE MANAGEMENT"

La experiencia de Madison produjo un gran impacto entre quienes seguían los procesos de reforma: inicialmente en Estados Unidos, y más tarde en otros países (Australia, Canadá, Inglaterra, España). Mientras tanto, quizás los únicos programas análogos pudieran estar siendo los del servicio público de Finlandia (programas de atención comunitaria intensiva y continuada, de perspectiva integradora, dirigidos fundamentalmente a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia) (Alanen *et al.*, 1991) y algunos aspectos de las experiencias alternativas en Italia (Dell'Aqua, 1995, Tansela, 1991, Roteli, 1995).

La primera publicación de una experiencia europea del programa TCA no aparece hasta 1994 (Marks *et al.*, 1994, Audini *et al.*, 1994), desarrollada por un equipo de salud mental comunitaria vinculado al hospital Maudsley.

En Estados Unidos, el NIMH reconoció el sistema de atención del condado de Dane como centro nacional para la formación en programas de soporte comunitario y definió la necesidad de generalizar los Community Support Programs en 1977 (Turner y Ten Hoor, 1978), en buena parte bajo la influencia del trabajo pionero del equipo de Madison.

En el Reino Unido, el NHS, tomando como referencia los programas TAC, estableció en 1991, con carácter normativo para la red de salud mental comunitaria, el programa "Care Programme Apporche" (CPA), en el que se consideran tres niveles de intervención según la gravedad de los casos e identifican para cada caso un "responsable" (*keyworker*) que debe coordinar la evaluación, gestión y revisión de las necesidades de cada paciente. Estableció a su vez, con carácter normativo –obligatorio– un registro de los casos más graves (cuando presentaban necesidad de alto apoyo y supervisión, y alto riesgo de descompensación-conductas disruptivas). En 2000, valorando la experiencia de aplicación del programa han establecido algunas modificaciones como por ejemplo el decidir dos tipos de programas CPA según la intensidad de seguimiento requerido (estándar y reforzado).

La primera publicación en España (Fernández Liria, A.; García Rojo, M.J.), revisando la experiencia internacional, es de 1990. Posteriormente, se han ido estableciendo a lo largo de los últimos 12 años diversos programas que han tenido como referencia los del TCA y el CMI (en varios equipos de Madrid: Fuenlabrada-Leganés, Alcalá de Henares, Fuencarral; Avilés en Asturias; Málaga, Barcelona).

Entre la variedad de tipos de programas que se han ido desarrollando para la atención en la comunidad a pacientes mentales, el TAC representa la modalidad más completa e intensiva. El resto de modalidades que se proponen intervenir intentando facilitar la concordancia y congruencia de las distintas intervenciones, y la continuidad de cuidados se conocen genéricamente como programas de "case management" (cm).

La experiencia española ha consistido en una búsqueda de adecuación de la experiencia de PTAC y de "case management clínico" al contexto de nuestros servicios públicos de salud mental (Ximénez y cols., 2000; AEN, 2002, Gisbert, 2003).

Así por ejemplo, en el programa del área 3 de Madrid (Alcalá-Torejón), se definen los siguientes tipos de actividades (Fernández Lira, 2001):

- 1) Actividades de evaluación y programación, que incluye evaluación de la demanda y propuesta de objetivos, y una serie de actividades de acogida que incluyen, entre otras, el establecimiento de una alianza de trabajo con el paciente, y de un plan individualizado de seguimiento y cuidados, acordado con el paciente.

- 2) Actividades centradas en el caso, que incluyen: control de adherencia al tratamiento, control de tratamientos de protocolizados (ej. litio, clozapina), psicoeducación, grupos de medicación, apoyo y asesoramiento, alojamiento.
- 3) Actividades centradas en el entorno, que incluyen: censo de recursos sociocomunitarios, coordinación con cada dispositivo, conexión con recursos comunitarios, consultas con la familia y otro personal cuidador, mantenimiento y desarrollo de soporte comunitario individualizado, asesoría y defensa del usuario, promoción del asociacionismo.
- 4) Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno: intervención en crisis, evaluación y control de resultados.
- 5) Evaluación periódica y sistemática del programa.

Dentro del conjunto de programas cm se dan enormes diferencias, estando en un extremo los programas tipo TCA y en el otro los programas "broker- cm" (o modelo de corretaje), en las que el gestor de casos se dedica fundamentalmente a facilitar y coordinar administrativamente las intervenciones de distintos profesionales o agencias, de modo que en algunos aspectos parecen opciones contrapuestas: El TCA requiere trabajo en equipo y responsabilidad directa sobre todo tipo de intervenciones; parece un modelo apropiado para los servicios públicos. El modelo de cm de corretaje es más empleado por aseguradoras privadas, que pretenden reducir al máximo el uso de servicios –aunque obtienen a veces resultados opuestos a los deseados (Franklin, 1988)–. Con el desarrollo de esta nueva organización de los servicios surge una nueva figura, el case manager –gestor de casos– cuyos cometidos también serán bien distintos según el programa en que se incluyan (Lamb, 1991; Intagliatta, 1992; Seldg *et al.*, 1995; Ridgely *et al.*, 1996)³.

Al exportarse, el TAC fue modificándose; a veces en aspectos sustanciales. Un cambio muy importante es el paso de la organización de la tarea del equipo al profesional individual. Tal es el caso de su aplicación en Spokane, una localidad de Washington: la carga del seguimiento del paciente se depositó en un profesional y no en el equipo, que desarrolló la mayor parte del trabajo en su despacho, y no en el medio. Se aplicó sobre psicóticos jóvenes, muy recidivantes. Entre sus resultados –tras cinco años de seguimiento– cabe destacar que junto a la ya esperada disminución en el uso de días de hospitalización, obtuvieron un incremento notable en el uso de recursos residenciales supervisados (el triple que los pacientes del grupo control). Este resultado, similar a los que más tarde han ido encontrándose en otros estudios, alerta acerca de la importancia de los dispositivos residenciales disponibles como factor condicionante de la eficacia de los programas de seguimiento intensivo en la comunidad.

Los aspectos más determinantes de los distintos modelos son: el trabajo individual o en equipo, la proporción de pacientes por profesional, la garantía de continuidad de cuidados y la intensidad del compromiso –y de la actividad– clínica que se asume o que se deriva a otros servicios externos, concertados.

De las distintas dimensiones de cada modelo que ha ido surgiendo nos puede dar idea el esquema de la tabla.

RASGOS DIFERENCIALES DE MODELOS DE CUIDADOS COMUNITARIOS
(MUESER 1998, MODIFICADO)

Característica	Corretaje	CM Clínico	Fortalezas	Rehabilitación	TCA	CM Intensivo
Proporción prof: pac	1:50 (?)	1:30 +	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Seguimiento activo	bajo	bajo	moderado	moderado	alto	alto
Casos compartidos	no	no	no	no	sí	no
Cobertura 24 horas	no	no	no	no	frecuent	frecu
Énfasis en entrenamiento en habilidades	no	bajo	moderado	alto	moderado	mod
Frecuencia de contacto con pacientes	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Lugar de contacto	clínica	clínica	comunidad	clínica/com	comunidad com	
Integración de tratamiento	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Provisión directa de servicios	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Población diana	PMG	PMG	PMG	PMG	PMG hiperfrecuentadores	PMG

En cualquier caso, el tipo de responsabilidades que se adscriben al equipo o al gestor del caso son las siguientes (Stein y Test, 1980; Test y Stein, 1993; Holoway *et al.*, 1995; Mueser *et al.*, 1998; Phillips *et al.*, 2001).

- Identificación de pacientes y filtro de acceso al programa.
- Evaluación de necesidades.
- Facilitar el "enganche" y resolver sobre las barreras de acceso.
- Actuar como "agente" del paciente.
- Defensa de los servicios necesarios para los pacientes (accesibilidad, calidad).
- Coordinar las distintas intervenciones (bien sean las realizadas por el propio equipo, en el caso TCA, bien las efectuadas por otros).
- Planificar el conjunto de intervenciones adecuadas para cada paciente, conjuntamente con los responsables clínicos (especialmente cuando el gestor del caso no es un clínico).
- Atención clínica directa (grandes variaciones según modelos)

El profesional individual en el centro de la red, coordinando todas las actividades es el paradigma de los distintos programas de case management. El equipo, lo es del TCA. En algunos programas de CM intensivo varios profesionales comparten sus respectivos casos, por lo que en la práctica son muy similares a los de TCA (Issakidis, 1999).

³ Para ampliar información se recomienda consultar Thompson, de 1990 (104), Halloway de 1995 y Mueser de 1998, además de número monográfico sobre este tema de la revista Santé Mentale à Québec (1998: 23), y Phillips, 2001.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS⁴

En la revisión de Mueser se contabilizan 75 estudios que informan de resultados de la aplicación de los programas, de los que casi la mitad se refieren a estudios experimentales con grupo control. Posteriormente se han publicado algunos más, siendo especialmente interesantes los publicados recientemente en el *British Journal of Psychiatry* a los que hemos ido haciendo referencia más arriba.

En esa revisión se reagrupan los distintos programas con resultados publicados en tres grandes grupos (tabla 5), y se analizan conjuntamente los resultados del TCA y del CMI por considerar que la única diferencia notable entre ambos es la responsabilidad de la tarea, en equipo o en un profesional (a pesar de que tanto Test como Stein hayan expresado en más de una ocasión su opinión contraria a que el TCA sea considerado una variedad de "gestión de casos")⁵.

Los programas de cm de corretaje y cm clínico apenas han sido puestos a prueba en estudios tipo ensayo clínico, aunque sí se han publicado estudios descriptivos:

La valoración de Franklin sobre la aplicación del primer modelo (de corretaje) en Texas (donde el gestor de casos tiene específicamente contraindicado efectuar actividad clínica) es que la coordinación de servicios por sí misma no tiene un impacto significativo sobre la reducción de los ingresos ni sobre la calidad de vida (aunque sí sobre la satisfacción de los pacientes). Concluye comentando que "la gestión de casos" no puede estar disociada de su escenario de operación y su eficacia está unida a la disponibilidad de recursos" (Franklin, 1988).

En cuanto al modelo de cm clínico el estudio más amplio es el de Ridgeley (1996) (incluye algunos cm intensivo CMI), que revisa 41 programas de cinco grandes ciudades, lo que abarca 1.800 pacientes ("clientes") y 414 gestores de casos (cabe destacar que en cuenta una tendencia generalizada de los gestores de casos a acabar proporcionando la atención clínica principal –aún cuando ése no fuera su propósito– ante el fenómeno de las listas de espera y la carencia de recursos en los servicios de apoyo, al igual que en los de alojamiento o inserción laboral). Los resultados de la mayor parte de esos casos sobre la frecuencia de hospitalización y otros parámetros ofrecen ventajas discretas o inapreciables frente a la atención habitual en los centros.

a) En cuanto a los programas más intensivos y completos (TCA y CMI)

⁴ Dado el uso impreciso de los términos y las descripciones poco detalladas sobre aspectos prácticos de la aplicación de los programas, es difícil hacer comparaciones rigurosas. Otras dificultades añadidas son el inevitable efecto "experimental", que generalmente ofrece mejores resultados que en la aplicación rutinaria de los mismos programas, la dificultad en controlar todas las variables que intervienen. Por otra parte, faltan estudios "de segunda generación", que comparen la eficiencia de dos variantes de programas CM y TCA. Sólo dos confrontan resultados de c.m.clínico y c.m. intensivo (CMI) (Issakidis et al., 1999; Borland et al., 1989).

⁵ En ocasiones, las diferencias entre programas son tales que en algunos aspectos pueden considerarse contrapuestos –especialmente entre el ACT y la gestión de casos (modelo corretaje)–. Los programas ACT son llevados a cabo por equipos multiprofesionales que asumen la responsabilidad de atender todas las necesidades (clínicas y sociales) que presentan los pacientes, ofreciendo cobertura 24 horas al día los 7 días de la semana, trabajando en directo sobre el terreno (80% del trabajo fuera del despacho) y con una baja proporción de casos por profesional (media de 120 pacientes para equipo de 10 profesionales... máximo 18), frente al gestor de casos que evalúa, deriva y hace un seguimiento coordinado de las intervenciones de otros, recayendo la responsabilidad de la gestión en un sólo profesional, que realiza su tarea fundamentalmente en el despacho, y se encarga de un amplio grupo de pacientes (1/50). No es extraño que los resultados sean también distintos, por lo que los comentaremos aparte.

1. El resultado más consistente desde los primeros estudios es que los pacientes atendidos por programas de seguimiento intensivo (TAC o CMI) pasan mucho menos tiempo en el hospital y mantienen mayor estabilidad en su domicilio (ya sea domicilio familiar, individual, o residencial con algún tipo de apoyo). En Dane tienen menos pacientes de larga estancia (10 por 100.000 frente a los 50-75 de la media en los Estados Unidos). Existen sin embargo variaciones importantes en cuanto a la hospitalización: lo más frecuente es una drástica reducción en el número total de días que pasan los pacientes en el hospital, tanto por menor frecuencia de ingresos como por estancias más breves; pero no siempre es así, como vimos que ocurrió en la experiencia inglesa (Marks et al., 1994).

2. Los pacientes tienen mayor capacidad para llevar una vida independiente, con menos vagabundeo en la calle o situaciones de abandono (Goering et al., 1988; Thompson et al., 1990; Rösler et al., 1992; Solomon y Draine, 1994; McGrew et al., 1995; Pollack, 1997; Mueser et al., 1998).

3. Otro resultado claramente favorable es el nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Ambos parecen preferir la atención centrada en cuidados comunitarios que en el hospital. En algunos casos, los propios investigadores comentan su sorpresa por la buena respuesta de los familiares ante estos programas. El rechazo que a veces han expresado los familiares ante la desinstitucionalización se modifica sustancialmente ante programas tipo TCA que se ocupan seriamente de atender las necesidades reales de los pacientes y suponen un importante factor de protección frente a los efectos del estigma social y frente al riesgo de abandono.

4. También mejoran los indicadores de calidad de vida; en la mayor parte de los trabajos en concordancia con el menor tiempo en el hospital y mayor estabilidad en el domicilio (UK 700 Group, 1999; Sainfort et al., 1996). Los primeros resultados del ambicioso trabajo inglés sobre eficacia de los programas comunitarios intensivos (UK 700 Group, 1999), se refieren a factores predictores de la calidad de vida: Encuentran que las necesidades básicas no satisfechas (vivienda, comida, dinero), junto con variables clínicas (especialmente la depresión) y situación social (necesidad de compañía, de sexualidad compartida y de relaciones íntimas) son los factores que explican la mayor parte de la varianza con la calidad de vida. Insisten por ello en la necesidad de que los clínicos formen parte de los equipos comunitarios.

5. En cuanto a las complicaciones judicial-penitenciarias, han sido valoradas en diez estudios, informando dos de ellos de menos complicaciones y menos tiempo en la cárcel para los paciente en programas TCA, no habiendo variaciones sustanciales en otros siete. Sólo en la primera experiencia en Madison (Marx et al., 1973) los pacientes de programas comunitarios pasaron más tiempo en la cárcel que el resto –que pasaron la mayor parte del tiempo en el hospital, sin apenas oportunidad para delinquir.

6. En lo que respecta al ajuste social, los resultados favorables –valorando calidad de relaciones sociales y desempeño de roles– se encontraron en las primeras aplicaciones de estos programas, sin que en muchos otros posteriores se hayan mantenido esas ventajas de forma clara. Esta ausencia de mejoría resulta sorprendente teniendo en cuenta que el ajuste social es uno de los principales objetivos de estos programas. Se han aducido problemas metodológicos (adecuación de los instrumentos de medida, duración relativamente breve, meses o pocos años, de las situaciones experimentales), y también posibles explicaciones en el propio contenido del programa: algunos autores han señalado que en ocasiones la supervisión sobre las actividades de los pacientes puede ser excesiva e inducir una cierta pasividad.

7. En cuanto a empleo y actividades "vocacionales" tampoco hay resultados favorables concluyentes, ni tan siquiera en el grupo de 122 pacientes seguidos por Test durante siete años. La propia autora achaca estos pobres resultados a que no se incluyeran de forma específica y programada actividades en este área, lo que recomienda hacer en el futuro. De

hecho las tres publicaciones que informan de buenos resultados de cara al empleo se referían a programas que habían incluido una intensa actividad en lo laboral, centrada especialmente en aprovechar al máximo las oportunidades de empleo en la comunidad.

8. Al valorar el impacto sobre los síntomas, en la mitad de los estudios se observa una reducción significativa, y en ningún caso peor evolución que con tratamiento estándar. El objetivo principal de los programas de seguimiento no es la reducción de síntomas per se, aunque podrá ser una de sus consecuencias. La reducción de síntomas fue más relevante en los primeros estudios, lo que no ha sido claramente explicado. Quizás existe algún sesgo en la preselección de pacientes (cada vez más a menudo se incluyen pacientes muy cronificados y muy recidivantes). En todo caso, esto indica la necesidad de que los programas comunitarios se combinen adecuadamente con las técnicas terapéuticas más eficaces.

9. Otros aspectos importantes en la clínica, como la adherencia al tratamiento, ha sido valorado pocas veces, informando de importantes progresos en la adherencia en la mitad de las ocasiones, y falta de cambios significativos en el resto (Mueser et al., 1998; Kemp et al., 1996; Corrigan et al., 1990). Algunos autores señalan que el que los pacientes pasen menos tiempo en el hospital sugiere que los pacientes se adhieren mejor a los tratamientos.

10. Los programas de seguimiento intensivo se han aplicado con buenos resultados en subgrupos específicos de población: en pacientes "sin hogar", que viven en las calles y peregrinan por albergues y hospitales (Drake et al., 1997; Lehman et al., 1997; Morse et al., 1997), en pacientes psicóticos con problemas sobreañadidos de abuso o dependencia de drogas (Bond et al., 1991) y, en programas específicamente dirigidos a facilitar el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, con el propósito de mutua potenciación entre la intervención comunitaria y la estrictamente clínica –también con muy buenos resultados en la evolución global de los pacientes (McFarlane et al., 1995; McFarlane et al., 1996; Alanen et al., 1991; Becker y Thorncrft, 1998; Scout y Dixon, 1995).

11. Desde el punto de vista del coste-efectividad, distintos informes apuntan a resultados francamente favorables: no se produce ahorro, sino mejor calidad de vida con un gasto muy similar – lo que no se puede esperar es en proporcionar una buena atención comunitaria con un gasto mucho menor que el que habría originado el paciente en el hospital (Weistbrod, Test y Stein, 1980; Rosenheck et al., 1995). Ya en la evaluación de la experiencia original del condado de Dane se encontró que no se produjo ahorro, pero sí un cambio radical en el reparto del mismo, de modo que en su caso el gasto destinado al cuidado comunitario extrahospitalario fue del 85% (el resto, hospitalario) – los dólares siguieron a los pacientes-. Otros autores refieren resultados similares.

b) En cuanto a los programas de case management

Los programas de "gestión del caso" propiamente dichos, donde el "gestor" se limita a tareas de coordinar la administración de servicios que efectúan otros, su pertinencia y eficacia depende de la accesibilidad y calidad de los servicios con los que opera, y del grado de fragmentación, cuando no franca incompatibilidad de modelos o intereses, de los distintos equipos y agencias que tiene que coordinar. Por esto, los resultados son bien dispares según distintas experiencias. En unos casos, como muestra el análisis de resultados del programa en Texas, donde explícitamente se pretende que el gestor no asuma (al menos en teoría) responsabilidad ni tarea clínica alguna, se consiguen más estancias hospitalarias que con atención estándar. Y, a tenor de los resultados del estudio del grupo Chocrane, las estancias hospitalarias son globalmente mayores en estos programas.

Además, por lo general se aplican en empresas aseguradoras en la que se traslada el peso del seguimiento al área administrativa-control de gasto, sin que se prioricen los beneficios clínicos-, por lo que no es extraño el recelo de los profesionales a aceptar estos programas.

Lo que uno se plantea ante estos informes es la pertinencia de modelos centrados en la contratación de servicios a múltiples agencias privadas, frente a la cada vez más clara necesidad de servicios integrados con mínima fragmentación y mínima concertación de servicios externos.

Por otra parte, parece claro que el "gestor de caso" puede jugar papeles bien distintos según la organización sanitaria en la que se aplique: en redes de servicios privados o concertados, donde el riesgo de desconexión es tan grande, está llamado a ocupar el espacio de coordinador de múltiples intervenciones, en cada momento y a lo largo del tiempo, con los riesgos antes señalados y dejando abierta la cuestión de cómo dirimir los posibles conflictos de intereses, de objetivos, o de expectativas entre pacientes, familiares, clínicos y gestores. Su eficacia real dependerá en gran medida de la relevancia funcional que se le adjudique por cada uno de las partes implicadas. Las experiencias en las que se ha contado con expacientes como gestores de casos no parece que hayan mejorado mucho los resultados (Felton y cols 1995).

Los ingredientes esenciales

Hemos visto que los programas comunitarios que parecen proporcionar mejores resultados son los de tipo TAC. Ante el escaso desarrollo de estudios de segunda generación (comparación de la eficacia y eficiencia de distintas modalidades), la valoración global no puede ser sino tentativa, ya que los efectos favorables tanto pueden deberse al hecho de prestar una atención comunitaria o domiciliaria, como al trabajar con un abordaje centrado en los problemas, o el proporcionar aprendizaje en habilidades para la vida diaria, el mantener un seguimiento asertivo, o al hecho de que sea un equipo quien se hace cargo de todos los problemas en lugar de delegar en agencias diversa, u otros aspectos.

El que se asegure la continuidad e integralidad de los cuidados parece un ingrediente esencial; al igual que el trabajar "in vivo" y sobre el terreno. Otros aspectos sobre cuya importancia se ha insistido es la consistencia de la alianza terapéutica y los efectos de la intervención sobre la red social de los pacientes.

Ni el PTAC ni el CMI proponen intervenciones psicoterapéuticas específicas, y se ha evaluado poco la importancia de la relación interpersonal entre los profesionales y el paciente. Aún así, en la mayor parte de los casos, la relación es intensa y sostenida; e incluye muchos ingredientes inespecíficos de algunas modalidades de psicoterapia de apoyo (importancia de la relación interpersonal; intervención focalizada, centrada en aspectos prácticos, reforzando las defensas, propiciando nuevos aprendizajes –para afrontar situaciones de la vida diaria–, haciendo posible la identificación con los profesionales...), si bien el encuadre del tratamiento y de la relación (muy flexible) es bien distinto del habitual en psicoterapia. **La alianza terapéutica** ha ido cobrando cada vez mayor importancia como ingrediente que contribuye poderosamente a los resultados. Puede ser entendida como un fenómeno interpersonal que implica cierto grado de acuerdo sobre la relevancia percibida de las tareas definidas como terapéuticas y los objetivos de la intervención, y se sustenta en la fuerza de los vínculos interpersonales entre terapeuta y paciente (ej. mutua confianza y aceptación). Algunos autores consideran que la alianza es necesaria para llevar a cabo el tratamiento, pero no actúa como un factor de cambio por sí misma. Sea como factor mediador o por su influencia directa, su importancia parece fuera de duda. Algunos estudios ponen en evidencia la importancia de la alianza terapéutica en estos casos (Lam, 1980), de modo que los pacientes valo-

ran más la calidad de la relación con el "gestor" que otros aspectos de la estructura del programa (Solomon, 1994), y otros han demostrado la correlación entre calidad de la alianza terapéutica y resultados de los programas de seguimiento (Neale y Rosenheck, 1995; Quinlivan et al., 1995). Aún en otros casos se ha encontrado correlación entre algunos parámetros específicos de la relación (comprensión, criticismo), y resultados (frecuencia de hospitalización o estabilidad en el trabajo) (Pruebe y Gruyters, 1993).

En cuanto a las redes sociales, se ha señalado que el propio equipo se constituye para muchos pacientes como una red de protección, que operaría como tampón frente a situaciones de estrés (según el modelo de vulnerabilidad-estrés para esquizofrenia), de modo análogo a la familia u otras redes de proximidad, y está abierta una línea de investigación respecto a la relación entre programas de seguimiento, redes sociales y resultados (Thornicroft y Breakey, 1991; Pescosalido et al., 1995).

Finalmente, también se ha señalado la mejor adherencia a los tratamientos –farmacológicos o intervenciones psicoterapéuticas– como factor mediador de la mejoría (Kemp et al., 1996; Corrigan et al., 1990). Y otros autores señalan la importancia de tener en cuenta el tipo de tratamiento clínico proporcionado; al fin y al cabo, los programas de seguimiento, aún con sus propios ingredientes terapéuticos, no dejan de ser un vehículo a través del cual los pacientes acceden a terapias específicas (Fernández Liria y García Rojo, 1990; Thornicroft et al., 1999).

La importancia de incluir a la familia en el tratamiento también aparece cada vez más como un ingrediente muy importante. McFarlane encuentra los mejores resultados (sobre aspectos clínicos y sociales, incluido mejoría en conseguir trabajo) al añadir tratamiento multifamiliar a los programas de seguimiento (Mc Farlane et al., 1996).

PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA DE LOS PROGRAMAS INTENSIVOS

1. PATERNALISMO –CONTROL– ETICIDAD PROBLEMÁTICA DE LA INTERVENCIÓN ASERTIVA

Se ha señalado como problemática la insistencia de los profesionales ("asertividad") en que los pacientes no abandonen ni se desconecten, por el riesgo de sobrepasar las barreras de la autonomía de aquellos pacientes que parecen mostrar preferencia por vivir en condiciones precarias a mantener relaciones de dependencia con los profesionales (Thompson et al., 1990; Test, 1998). Y lo cierto es que este lema de la asertividad parece haber servido en más de una ocasión de parapeto para actuar expeditivamente con pacientes remisos a acudir a tratamientos (ej. en los programas de mantenimiento de retard "a toda costa" a los psicóticos que merodean por las calles de Nueva York).

De hecho la asistencia a un amplio grupo de pacientes con dudosa u oscilante "conciencia de enfermedad" (rechazan el tratamiento) se plantea como un difícil equilibrio entre el respeto a su autonomía, con la consiguiente aceptación del riesgo de recaídas (hospitalización, conductas delictivas), vs la opción de forzar la adherencia a tratamiento.

En la historia de la desinstitucionalización, no han faltado voces denunciando ambos extremos: Lamb ha denunciado el abandono, "justificado" como respeto a la libre voluntad de los sujetos pacientes (Lamb, 1993); otros denuncian la intromisión, "justificada" como

⁶ Quizás una expresión muy clara de esta connotación de "intervención expeditiva" que han tenido para algunos estos programas es la denominación con la que aparecen en la versión española de la reciente edición de "Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos" de la APA en la que a estos programas se les define como "Programa de Tratamiento Forzado en la Comunidad" (PTFC), cuyas connotaciones negativas no precisan, por obvias, mayor comentario en este momento.

defensa del derecho a la salud y por tanto al tratamiento –aún contra la voluntad– (Tompson et al., 1990)⁶. Otro tanto puede decirse respecto al manejo de la información personal en el equipo –se ha reconocido que no siempre se cuenta con el consentimiento explícito–... y hay dificultades reales: en el manejo de dinero, en la gestión de derechos sociales, etc. Interrogantes éticos que no queremos ahora sino señalar, y que son abordados más exhaustivamente en la ponencia específica sobre "Ética" que se presentará en el Congreso, y se publica en esta misma colección de textos.

2. ESCASAS REFERENCIAS A LA SUBJETIVIDAD

Es otra de las críticas frecuentes: ¿puede reducirse la problemática del paciente psicótico a encontrar alojamiento, tomar la medicación...?, crítica que también ha sido parcialmente asumida y parcialmente contestada por el propio Stein (Stein, 1990): acepta Stein la crítica, y la necesidad de que se mejore en lo posible el abordaje psicoterapéutico, aunque insiste en su perspectiva de que previo a cualquier otra consideración sobre la subjetividad es necesario garantizar el acceso de los pacientes a la cobertura de sus necesidades materiales y sociales básicas (–y al ejercicio real de sus derechos ciudadanos– añadimos, siguiendo a Roteli y tantos otros– (Roteli et al., 1987; Desviat, 1994; Rendueles, 1998; Fernández Liria, 1998; González Álvarez, 1998, Hernández Monsalve, 2000).

3. VULNERABILIDAD DE LOS PROGRAMAS: DEPENDIENTE DE LOS PROFESIONALES Y DE LOS ADMINISTRADORES

3.1 Riesgo de "queme" de los profesionales. Problema éste que ya viene siendo habitual al considerar los puntos débiles de cualquier sistema de atención a la salud. También en estos programas la posibilidad de desfundamiento es mayor cuanto mayores hayan sido las expectativas infundadas, la falta de concordancia entre objetivos y medios, cuando los programas se apoyan en exceso en el voluntarismo, o se despliegan al servicio de intereses de grupos –empresariales o políticos– que al menor descuido se desmarcan de los objetivos inicialmente declarados. En lo que respecta a programas o aspectos concretos, en unos casos será la soledad y sobrecarga con que trabaja el gestor del caso, que ha de batallar en medio de intereses no siempre coincidentes como explicamos hace un momento. En otros casos, la dificultad de trabajar en equipos inestables, con frecuentes rotaciones, y cuya continuidad suele depender de avatares financieros o políticos ajenos a la evolución de los programas asistenciales (Witheridge et al., 1982; Marks et al., 1994; Santos et al., 1991; Rendueles, 1992; Gervas, Hernández Monsalve, 1994).

3.2 LA DECADENCIA TRAS LA RUTINA

Ya hemos hecho mención de este problema en más de una ocasión: los programas novedosos consiguen muchas veces mejores resultados en los momentos iniciales, cuando se apuesta con ilusión por un proyecto, o cuando se lo está poniendo a prueba en un estudio experimental. No siempre estos proyectos (los equipos, los gestores) responden a la prueba de fuego de la rutina, de la falta de estímulos o de reconocimiento externo. El riesgo es entonces el repliegue en protocolos más menos meticulosos y en tareas administrativas, desactivando la relación con los pacientes y con la población.

3.3 Necesidad de contar con apoyos administrativos. El desarrollo de programas de salud mental comunitarios depende cada vez más de la voluntad de los gestores –que operan con criterios más técnicos o más políticos, según el lugar y circunstancias– y siempre con el señuelo del coste-efectividad, tanto en los servicios públicos como en los de mutua o con-

certados, de su convicción acerca de la idoneidad, grado de aceptación por la población, carácter no problemático de su implantación, y viabilidad financiera.

Santos y cols., tras larga experiencia en el desarrollo y estudio de este tipo de programas alertan sobre la necesidad de disponer de tiempo para constituir equipos bien conjuntados (no menos de dos años) y señalan muy especialmente el riesgo que significan los cambios políticos (el tiempo para que lleguen a las instancias político-gestoras las ventajas de nuevos programas –“transferir el conocimiento de los técnicos a los políticos”– no es menor de dos años, y el de poner en práctica los cambios organizativos necesarios para llevarlos cabo, otro tiempo similar. Cuando los responsables cambian cada cuatro años...?) (Santos et al., 1991).

PERSPECTIVAS ACTUALES

Las últimas aportaciones en el desarrollo de estos programas siguen las siguientes líneas:

1º Acotar lo mejor posible el tipo de programa apropiado para cada subpoblación a la que vaya dirigido. A la vista de los resultados expuestos parece bien establecido que para la población de pacientes más graves (por intensidad y persistencia de la discapacidad, o por la frecuencia de recidivas) los programas más apropiados son los del tipo TAC-CMI. Quizás para grupos de pacientes con mayor autonomía pueden ser suficientes programas tipo gestión clínica de casos.

Lo que parece a todas luces menos aceptable es el modelo de corretaje, centrado en la concertación de servicios a múltiples agencias privadas, con un gestor de casos como mero mediador administrativo. Cada vez parece más clara la necesidad de servicios integrados, con mínima fragmentación y mínima concertación de servicios externos.

2º Por quienes han acumulado más experiencia, se propone que los equipos incorporen profesionales un tanto especializados o con más experiencia en ciertas áreas: especialmente en dependencia a drogas y en preparación ocupacional-laboral. No tanto para que se ocupen de esos aspectos en exclusiva sino para enriquecer la capacidad de los equipos para intervenir en esos problemas sin necesidad de derivar a los pacientes.

3ª Algo similar puede decirse respecto a las intervenciones clínicas. Cada vez más se están poniendo en evidencia la eficacia de ciertas intervenciones con algunos tipos de pacientes (ej. variantes psicoterapéuticas y psicoeducacionales con pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otras psicosis, y con sus familiares; o las técnicas de entrenamiento activo en habilidades sociales). Los programas de seguimiento comunitario han de incorporar estas prácticas para mejorar su eficacia.

4º Los nuevos programas de intervención precoz en pacientes con síntomas premonitorios de esquizofrenia se apoyan en adecuaciones de programas tipo gestión de casos (clínico o intensivo) que facilitan el seguimiento continuado y el proporcionar tratamiento, especialmente psicológico –en ocasiones también farmacológico– a estas personas, obteniendo hasta el momento resultados muy prometedores (Edwards et al., 1999; Kulkarni, 1999).

5º En lo que respecta a nuestro país, cada vez se están disseminando más programas tipo TCA y CMI, y cabe esperar que su difusión vaya a más, dada la infraestructura que lo propicia –sistema público de salud e imperiosa necesidad de instrumentos organizativos que permitan el progreso y la consolidación de los cambios iniciados. En algunas comunidades autónomas (Cataluña y Madrid, entre otras) se intenta la generalización de estos programas con carácter normativo, si bien la dotación de personal, los presupuestos, y los recursos complementarios necesarios (ej. acceso a alojamiento) no están garantizados

Otras líneas importantes de desarrollo es la adecuación de programas tipo TAC a contextos asistenciales específicos como por ejemplo, para pacientes que viven en la calle (Bravo 2000 o para el ámbito rural (Navarro, 2003).

CONCLUSIONES

1. La primera, que hace a la globalidad, es que la atención comunitaria es una alternativa real a la hospitalización, pero no de cualquier manera: hemos revisado muchos de los requisitos precisos para ello. Aún se pueden ampliar un poco:

2. Junto a la disposición de los profesionales y de la población, es necesario el compromiso paralelo de políticos, administradores y gestores:

Es necesario el compromiso "filosófico" e instrumental de la dirección de la empresa –privada o pública– que presta el servicio (y de los trabajadores, y de sus organizaciones sindicales o gremiales). Hemos acumulado ya cierta experiencia sobre las limitaciones provenientes de este área: los programas comunitarios exigen una gran flexibilidad en la estructura del trabajo y de los equipos –desde la jerarquización funcional de los equipos hasta el horario, pasando por los roles profesionales y el tipo de tareas a asumir–; flexibilización incompatible con la rigidez administrativa, y con las reivindicaciones gremialistas.

3. Es necesario poder contratar para estos programas a profesionales que cumplan ciertos requisitos. Las cualidades personales e interpersonales de los profesionales son de importancia crítica para propiciar cambios. Los expertos sugieren clínicos con experiencia en un amplio rango de problemas humanos y que sean sensibles a aspectos culturales... Las características de los profesionales que correlacionan con mejores resultados son las siguientes: 1) alto nivel de compromiso con los paciente y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, 2) capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes de cada familia, 3) alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, 4) flexibilidad social e interpersonal, 5) experiencia del mundo real y de la vida en la calle, 6) confianza en sí mismo/a (Santos et al., 1991).

4. La continuidad y calidad de estos programas requiere facilitar suficiente formación y acceso a la supervisión de casos. Debemos aprender de la experiencia de varios lugares, especialmente en Canadá, donde se facilita formación previa específica a los profesionales que se incorporan al programa, y supervisión continuada.

5. Política pública de salud y suficiente soporte económico. De nuevo Santos llama la atención sobre la situación en EE.UU. al observar que son precisamente los estados con mejores sistemas sanitarios (coincide con estados pequeños y políticamente más estables) donde se han desarrollado los mejores programas asertivos, contando con el apoyo estatal. Es necesario mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios públicos para garantizar programas de atención comunitaria a los pacientes más graves (Mechanic, 1991). Un rápido vistazo a la experiencia en Italia, en Inglaterra y, sobre todo a nuestra propia experiencia en España, confirma la evidencia de que la situación política es un potente factor condicionante a este respecto.

Finalmente, huyamos de cualquier falsa expectativa: proporcionar una buena atención comunitaria a los pacientes requiere buena organización y preparación profesional, desde luego, pero no existen panaceas; tampoco los gestores de casos pueden enmascarar las deficiencias estructurales de fondo (se ha afirmado que en ocasiones no es sino una medida de corrección en el seno de un sistema desfalleciente "...el sistema de cuidados psiquiátricos en EE.UU. está dominado por la ley del mercado, que favorece la fragmentación y la especialización de los servicios". En nuestro caso, estamos en un momento decisivo para apostar por la supervivencia, y mejora de calidad, de los servicios públicos, como contexto que puede hacer posible este tipo de, al servicio de los pacientes que lo requieren de forma inaplazable.

BIBLIOGRAFÍA

- AEN. Hacia una salud mental de calidad. Ed AEN, Cuadernos Técnicos nº 2. Madrid 1999.
- AEN. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Ed AEN-Cuadernos técnicos, nº 6. Madrid 2002.
- Alanen, Y.O., Lethinen, K., Rökköläinen, V., Aatonen, J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr. Scandm.* 1991; 83: 363-372.
- Alexander, J.A., Lichtenstein, R.; D'Aunno TA, McCormick R., Muramatsu N., Ullman E. Determinants of mental health providers' expectations of patient's improvement. *Psiquiatr Serv.* 1997; 48: 671-677.
- Aparicio, V., Sánchez, A.E. Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *Revista AEN,* 1990; 10: 363-374
- Audini, B., Marks, I.M., Lawrence, R.E., Connolly, J. and Wantts, V. Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. *B. J. Psychiatry* 1994; 165. 204-210.
- Bacharch, L. A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hosp and Comm psychiatry* 1978; 29: 573-578.
- Bacharch, L. Overview: model programs for chronic mental patients. *Am J Psychiatry,* 1980; 137:1023-1031.
- Bachard, LI. On exporting and importing model programs. *Hosp Comm Psychiatry,* 1988; 39: 1257-1258.
- Becker, T., Thornicroft, G. Community care and management of schizophrenia. *Current opinion* 1998; 11: 49-54.
- Bond GR, Miller LD, Krunwied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs. A controlled study. *Hops Comm Psychiatry,* 1988; 39: 411-418.
- Bond, Gr., Witheridge, T.G., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S.A., Mayes, J., Ward, RSA. A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hosp Comm Psychiatry,* 1989, 40, 177-183.
- Bond, G.R., McDonel, E.C., Miller, L.D., Pensec, M. Assertive community treatment and reference groups: An evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabil* 1991; 15: 31-43.
- Borland, A., Mc Rahe, J., Lycan, C. Outcomes of 5 years of continuous intensive case management. *Hosp Comm psychiatry* 1989; 40: 369-376.
- Bravo, M.F. Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica. En Rivas, F. *La psicosis en la comunidad.* EDAEN 2000.
- Brekke, J.S., Ansel, M., Long, L., Slade, E., Weinstein, M. Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 248-256.
- Cangas, J. Case management: What is it and does it work? *PRIC* 1996; 1: 15-21.
- Castilla, A., López, M., Chavarría, V. et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista AEN,* 1998; 18:621-644.
- Creer, C., Sturt, E., Wykes, T. The role of relatives. En: *Long-term community care: experience in a London borough: Psychological Medicine. Monograph supplement* 1982; 2: 29-37.
- Corrigan, P.W., Liberman, R.P., Engle, J.D. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Comm Psychiatry* 1990; 41. 1203-1211.
- Deci, P.A., Santos, A.B., Hiott, D.W., Schoenwald, S., Dias, J.K. Dissemination of Assertive Community Treatment Programs. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 676-678.

- Dell'Acqua, G. Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental. *Psiquiatria* 1995; 7: 129-143.
- Dell'Acqua, G., Marsili, M., Zanusi P. L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *Santé Mentale Québec* 1998; 23: 148-170.
- Desviat, M. La reforma psiquiátrica. DOR. Madrid 1994.
- Desviat, M. La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. *RPIC* 1995; 1: 87-90.
- Drake, R.E., Yovetich, N.A., Bebout, R.R., Harris, M., McHugo, G.J. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 298-305.
- Edwards, J. Cocks, J., Bott, J. Preventive case management in first-episode psychosis. En: McGorry, P.D., Jackson, H.J. The recognition and management of early psychosis. Cambridge: Un Press 1999: 308-337.
- Falloon, I.R. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatr Serv* 1999; 50:615-618.
- Felton, C.J., Stastny, P., Shern, D.L., Blanch, A., Donahue, S.A., Knight, E., Brown, C. Consumers as peer specialists on intensive case management teams. Impact on clients outcomes. *Psychiatric Services* 1995; 46: 1037-1044
- FEMASAM. Manifiesto de las familias de los enfermos mentales crónicos de la Comunidad de Madrid. *Psiquiatria* 1994; 4: 222-226
- Fernández Liria, A. Los jóvenes nuevos crónicos. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma. Madrid 1992
- Fernández Liria, A., García Rojo, M.J. Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista AEN* 1990; 10: 65-76.
- Fernández Liria, A. Salud y capital. En: Álvarez Uría (comp.) op. cit., 233-237.
- Fernández Liria, A. Los programas de seguimiento y cuidados de los pacientes graves y crónicos: Un modelo de case management para la reforma psiquiátrica de Madrid. *RPPIC* 1995 1: 32-36.
- Franklin, J.L. Case management: A dissenting view. *Hosp Comm Psychiatry* 1988, 39: 921.
- Garant, L. La désinstitutionalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature. Québec 1985
- García, J. La creación de programas de rehabilitación en una red de servicios comunitarios de salud mental. En García, J., Heras, B., Peñuelas, E. Rehabilitación psicosocial: conceptos y estrategias. KRK. Oviedo, 1997: 13-30.
- Gater, R., Goldberg D., Jackson, G. et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychological Medicine* 1997; 27: 1325-1336.
- Gélinas, D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant des troubles mentaux graves. *Santé mentale Québec* 1998; 23: 17-47.
- Gisbert, C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Ed AEN. Madrid 2003.
- Gers, M., Goering, P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabil J* 1994; 18: 43-54.
- Goering, P.N., Waslenki, D.A., Farkas, M., Lancee, W.J., Ballantyne, R. What difference does case management make? *Hosp Comm Psychiatry* 1988, 39: 272-276.
- González Rodríguez, A. Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad. *Monografías psiquiátricas* 2001; 13 (2): 4-28.
- González Álvarez, O. La larga marcha por los derechos civiles de los enfermos mentales: la lucha continúa. En: Álvarez Uría, F. (comp.) op. cit., 238-263.
- Hankin, J. and Oktay, J.S. Mental disorder and primary mental care. NIMH. Rockville: Maryland 1979.

- Hanson, L., Björkman, T., Suensson, B. The assessment of needs in psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 285-293.
- Harvey, C.A. The Camden schizophrenic survey I. The psychiatric behavioral and social characteristics of the severely mentally ill in an inner London health district. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 410-417
- Hernández Monsalve, M. De los tratamientos asertivos al case management. *Psiquiatria* 1996; 8: 246-251.
- Hernández Monsalve, M. Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En: Álvarez Uría, F. (comp.) op. cit., 264-281.
- Hernández Monsalve, M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica ¿y algo más? En: Rivas, F. La psicosis en la comunidad. Ed. AEN. Madrid 2000: 131-190.
- Hernández Monsalve, M. La rehabilitación psicosocial en la encrucijada de la reforma psiquiátrica en España. La experiencia de Madrid. En: Verdugo y cols. Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Amarú. Salamanca 2002: 311-326.
- Hernández Monsalve, M. La psiquiatría comunitaria. En VV.AA. Imágenes de la psiquiatría española. WPA 2003 (en prensa).
- Holloway, F., Mc Lean, E.K., Robertson, J.M. Case Management. *Br J Psychiatry* 1991; 159:142-148.
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E., Carson, E., Carson, J. Gestión de casos. Una revisión crítica de las publicaciones de evolución. *European psychiatry* (ed. española) 1995; 2: 281-304.
- Holloway, F., Carson, J. Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998; 173:19-22.
- Hoult, J. Community care of the acutely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 137-144.
- Intagliatta, J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophr Bull* 1982; 8: 655-674
- Issakidis, C., Sanderson, K., Teeson, M., Johnston, S., Buhrich, N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 360-367.
- Jiménez Estévez, J.F., Moreno Küstner, B., Torres González, F., Luna del Castillo, J.D., Phelan, M. Evaluación de las necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades Camberwell. *Arch Neurobiol* 1997; 60: 113-124.
- Kulkarni, J., Home-based treatment of first-episode psychosis. En: McGorry, P.D., Jackson, H.J. The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge Un Press 1999: 206-225.
- Kanter J. Clinical case management: definitions, principles, components. *Hosp Comm Psychiatry* 1989; 40: 361-368.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everit, B., David, A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Br Med J* 1996; 312: 345-349.
- Knap, M., Beecham, S., Andersen, J., et al. The TAPS projects 3: Predicting the costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 661-670.
- Kuipers, L., Mc carthy B, Hurry, J. et al. Counselling the relatives of the long-term adultly ill. II. *Br J Psychiatry* 1990; 154: 775-781.
- Lam, H.R. Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 587-592
- Lamb, H.R. Therapist-case managers: more than brokers of services. *Hosp Comm Psychiatr* 1991; 42: 797-80.
- Leff, J. Care in the community. Illusion or reality? Wiley & Sons. Chichester 1997.

- Leff, J. Do long-stay patients benefit from community placement?. En: Freeman H and Henderson J. Op cit: 79-81.
- Leff, J. (ed.). Care in the community. Illusion or reality?. Wiley&Sons. Chichester 1997: 189-202.
- Lehman, A.F., Dixon, L.B., Kernan, E., DeForge, B. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 1038-1043.
- Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M., Maudini, G., McNamee, G., Lawrence, R.E. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Br J Psychiatry 1994; 165: 179-194.
- Marshall, M., Bond, G., Stein, L.I., Shepherd, G., McGrew, J., Hoult, J., Rosen A, Huxley, P., Diamond, R.G., Warner, R., Olsen, M., Latimer, E., Goering, P., Craig, T.K.J., Meisler, N., Test, M.A. PriSM psychosis study. Design limitations, questionable conclusions. Br J psychiatry 1999; 175:501-503.
- Marx, A.J., Test, M.A., Stein, L.I. Extrahospital management of severe mental illness: Feasibility and effects of social functioning. Arch Gen Psychiatry 1973; 25: 505-511.
186. Mechanic D. Strategies for integrating public mental health services. Hosp Comm Psychiatry 1991, 42:797-801.
- McCrone, P., Beecham, J., Knapp, M. Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. Br J Psychiatry 1994; 165: 218-221.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B. et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 679-687.
- McFarlane, W.R., Dushay, R.A., Stastny, P., Deakins, S.M., Link, B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatr Serv 1996; 47: 744-750.
- McGrew J.H., Bond, G.R., Dietzen Mckasson, M., Miller, Ld. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. Psychiatric Services 1995, 46: 696-701.
- McRae, J., Higgins, M., Lycan, C., Sherman, W. What happens to patients after five years of intensive care management stops? Hops and Comm Psychiatry 1990; 41: 175-179.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. Psychiatric Services 1997; 48: 497-503.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Resnick, S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 1998, 24: 37-74.
- Muijen Cooney, M., Stradhdee, G., Bell, R., Hudson, A. Community psychiatric nurse teams: Intensive support versus generic care. Br J Psychiatry 1994; 165: 211-217.
- Muijen, M. Mental health services: what works? En: Weller, M.P. and Muijen, M. Dimensions of community mental health care. Wp saunders. London 1993: 33-61.
- Muijen, M. Mental health services: what works?. En: Weller, M.P. and Muijen, M. Community Health Care. WP Sanders Company. London 1993.
- Navarro, D. Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. Revista de la AEN 2003; 23 (86): 105-122.
- Neale, M.S., Rosenheck, R.A. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. Psychiatric Services 1995; 46: 719-721.
- Pepper, B., Kirshner, M.C., Ryglewicz, H. The young adult chronic patients. Overview of population. Hosp Comm Psychiatry 1981; 32: 463-469.
- Pescosolido, B.A., Wright, E.R., Sullivan, W.P. Communities of care: A theoretical perspective on case management models in mental health. Advances in Medical Sociology 1995; 6: 37-79.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E. et al. Moving assertive community treatment into standard practice. Psychiatric Services 201; 52: 771-779.
- Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larose, S., Chartrand, D. Case management. Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal. Santé mentale Quebec 1998; 23: 93-118.
- Pollack, D., Linking mentally ill persons with services through crisis intervention, mobile outreach, and community education. Psychiatr Serv 1997; 47: 1450-1453.
- Priebe, S., Gruyters, T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. J Nerv Ment Dis 1993, 181: 552-557.
- Pyke, J., Nimigon, L., Robertson, V. Le Community Resources Consultants de Toronto: deux programmes de case management. Santé Mentale Quebec 1998; 23: 70-92.
- Quinlivan, R., Hough, R., Crowell, A. et al. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in a intensive case management program. Psychiatric Services 1995; 46: 365-371.
- Rendueles, G. La Psiquiatría como mano invisible del desorden neoliberal. En: Álvarez Uría, F. (comp.) Neoliberalismo vs democracia. 197-217. La piqueta. Madrid 1998.
- Rendueles, G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. Psiquiatría Pública 1992; 4: 115-129.
- Ridgely, M.S., Morrissey, J.P., Paulson, R.I., Goldman, H.H., Calloway, M.O. Characteristics and activities of case managers in the RWJ foundation program on chronic mental illness. Psychiatr Serv 1996; 47: 737-743.
- Rössler, W., Löffler, W., Fätkenhuer, B., Riecher-Rössler, A. Does case management reduce the rehospitalization rate? Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 445-449.
- Roteli, F., Leonardis, O., Mauri, D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados". Revista AEN 1987; 7: 165-187.
- Roteli, F., Leonardis, O., Mauri, D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados". Revista AEN 1987; 7: 165-187.
- Roteli, F. Tiempo de rehabilitación. Boletín AMRP 1995; 4: 3-156. Sainfort, F., Becker, M., Diamond, R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. Am J Psychiatry 1996; 153: 497-502.
- Santos, A.B., Hawkins, G.D., Julius, B. et al. A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. Am J Psychiatry 1991; 42: 797-801.
- Scott, J.E., Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schizophr Bull 1995; 21: 657-688.
- Seldg, W.H., Astracham, B., Thomson, K. et al. Case management in Psychiatry: An analysis of tasks. Am J psychiatry 1995; 152: 1259-1265.
- Shanks, J. Services for patients with chronic mental illness: results of research and experience. En: Freeman, H. and Henderson, J. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. London. Gaskell 1991 (45-56).
- Slade, M. Needs assessment. Involvement of staff and users will help to meet needs. Br J Psychiatry 1994; 165: 293-296.
- Solomon, P., Draine, J. Satisfaction with mental health treatment in a randomized trial of consumer case management. J Nerv Ment Dis 1994; 182: 179-184.
- Stein, L. Comments by Leonard Stein. Hosp Comm psychiatry 1990, 41: 649-651.
- Stein, L. A systems approach to the treatment of people with chronic mental illness. En. Hallp and Brockington IF, The closure of mental hospitals. Gaskell. London 1991 (p. 99).
- Stein, L., Test, M.A. Alternative to mental health treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen psychiatry 1993; 150: 1447-1465.
- Tansela, M. Community care without mental hospital: ten year's experience. En: Tansela, Ed. Community based psychiatry: long term patterns of care in South Verona. Psychological Medicine. Mon sup 19; 1991: 47-48.