

Evaluación del Plan de Servicios Individualizado tras diez años de funcionamiento en dos distritos de Barcelona

Evaluation of the Individualized Services Plan after ten years of functioning in two districts of Barcelona

JUDITH ANGLÈS^a, LAIA MAS-EXPÓSITO^b, INÉS CASAMADA^a, ISABEL CEBRIÀ^a,
YOLANDA LOZANO^a, MAITE SAN EMETERIO^c, MERCÈ TEIXIDÓ^d,
LLUÍS LALUCAT-JO^e

(a) Plan de Servicios Individualizado Les Corts-Sarrià Sant Gervasi, Centre d'Higiene Mental Les Corts. Barcelona, España.

(b) Departamento de Investigación, Centre d'Higiene Mental Les Corts. Barcelona, España.

(c) Área de Salud Mental de Les Corts. Centre d'Higiene Mental Les Corts. Barcelona, España.

(d) Área de Salud Mental de Sarrià Sant Gervasi, Centre d'Higiene Mental Les Corts. Barcelona, España.

(e) Dirección Médica, Centre d'Higiene Mental Les Corts. Barcelona, España.

Correspondencia: Laia Mas-Expósito (laia.mas@chmcorts.com)

Recibido: 25/10/2017; aceptado con modificaciones: 02/05/2018

Resumen: El objetivo de este trabajo es valorar la efectividad del Plan de Servicios Individualizado (PSI) tras sus primeros 10 años de funcionamiento. Se trata de un estudio retrospectivo sobre la efectividad del programa teniendo en cuenta variables clínicas, psicosociales y de utilización de servicios. Se realizan comparaciones de estas variables

en el momento en que las personas entran y salen del programa. El PSI se muestra efectivo en las medidas de funcionamiento clínico y psicosocial, y se observa una disminución significativa de ingresos hospitalarios. La mayoría de personas atendidas mantuvo continuidad de su atención al alta. Además, se realiza una comparativa entre los primeros 5 años de funcionamiento del programa frente a los 5 siguientes en la que se observa únicamente una disminución de la intensidad de la intervención. Finalmente, se realiza un estudio de la relación entre variables consideradas importantes. En general, el PSI se muestra efectivo en la atención a las personas con trastorno mental grave de larga evolución y con dificultades de vinculación a los servicios.

Palabras clave: atención comunitaria, trastornos mentales graves, manejo de caso, esquizofrenia, efectividad.

Abstract: The objective of this work is to assess the effectiveness of the Individualized Service Plan (PSI) after 10 years of functioning. It is a retrospective study that takes into account clinical, psychosocial and variables related to use of services. Comparisons of these variables between the time people enter and leave the program are made. PSI is effective in measures of clinical and psychosocial functioning, and a significant decrease in hospitalization is observed. The majority of people received continuity of care after discharge. In addition, the comparison between the first 5 years of operation of the program and the following 5 years yielded only a decrease in the intensity of the intervention. Finally, a study of the relationship between variables considered important is carried out. Overall, the PSI is effective in the care of patients with long-term severe mental illness and with difficulties in maintaining contact with services.

Key words: community care, severe mental disorders, case management, schizophrenia, effectiveness.

INTRODUCCIÓN

LA PRINCIPAL PRIORIDAD DE LA RED DE SALUD MENTAL de Utilización Pública de Catalunya desde su creación ha sido la denominada población con trastorno mental severo (TMS). Es decir, aquella población que presenta trastornos psiquiátricos de mayor gravedad, más persistencia en el tiempo, con una mayor repercusión funcional, y que no hacen un uso adecuado de los servicios, bien por falta de continuidad, bien porque no llegan a aquellos desde donde pueden recibir la atención necesaria. Por todo ello, se impulsó un modelo de atención comunitario, integral, que favoreciera la continuidad de la atención, poniendo especial énfasis en esta población. Con tal finalidad, se desarrollaron programas asistenciales dirigidos a estas

personas: el Programa de Atención Específico a la población con Trastorno Mental Severo o PAE-TMS (1) y el Plan de Servicios Individualizados o PSI (2).

En 1995 se inició en Catalunya la primera experiencia piloto del programa PSI, basado en el modelo de continuidad de cuidados, con el objetivo de llegar a la población con TMS que presentaba mayor nivel de necesidades y de disfuncionalidad y mayor dificultad a la hora de mantener la vinculación a los servicios, población para la que el programa PAE-TMS se mostraba insuficiente. Cabe señalar que el PAE-TMS es un programa de tratamiento que comprende un conjunto de actuaciones básicas que deben ser desarrolladas por los diferentes Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), a partir de los recursos disponibles en cada centro, para la atención a las personas con TMS.

En diciembre de 2003 se puso en marcha la segunda fase de la experiencia piloto con siete equipos PSI. En la actualidad y tras una revisión del programa, está previsto el desarrollo del PSI en todo el territorio de Catalunya a partir del 2018. El equipo de PSI de Les Corts-Sarrià-Sant Gervasi (PSI-LCSSG), cuya experiencia se va a relatar en este artículo, comenzó en diciembre de 2003, formando parte de la segunda fase de la experiencia piloto. El PSI-LCSSG está constituido por un equipo de seis profesionales que cubren la atención de dos distritos diferentes de la ciudad de Barcelona (Les Corts y Sarrià-St. Gervasi). Cada distrito cuenta con una psiquiatra supervisora y dos trabajadoras/educadoras sociales que ejercen como Coordinadoras del Proyecto Individualizado (CPI). Se trabaja con un modelo asertivo tomando como eje el vínculo con la persona, la atención a sus necesidades y el apoyo a su proyecto personal, realizando los contactos en el entorno que sea más aceptable para la persona. A pesar de la diferenciación territorial, el equipo funciona de forma unificada, manteniendo una coordinación directa y periódica, así como compartiendo una única línea de funcionamiento que se adapta a la idiosincrasia de cada zona.

El modelo con el que se trabaja en nuestro servicio tiene características de la gestión de casos intensiva en tanto que hay un profesional, el CPI, que tiene las funciones de evaluar las necesidades y planificar los cuidados. El PSI, al igual que el modelo de competencias, pone el énfasis en la evaluación y desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas, y en apoyar sus objetivos, siendo el vínculo entre CPI y persona un resorte que facilita dicha consecución. El PSI comparte aspectos del modelo rehabilitador, no solo porque presta los cuidados basándose en los deseos y metas del paciente, sino por una visión de la atención dirigida a la máxima recuperación funcional de la persona (no solo clínica). Para ello, además de los cuidados que se ofrecen desde el CPI y el PAE-TMS, se trabaja con los profesionales y servicios del sector: servicio de rehabilitación, de inserción laboral, etc., cuyas intervenciones se integran en un único plan terapéutico individualizado. Por último,

tiene también características del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), en tanto que, cuando es posible, trabaja junto con el equipo multidisciplinar del PAE-TMS, proporcionando los cuidados que el paciente requiera. La cobertura no es de 24 horas, sino de 9 horas diarias de lunes a viernes, conectando con los servicios de urgencias fuera de este horario. El PSI constituye un elemento cohesionador de las intervenciones que se articulan en torno al paciente, facilitando la relación entre servicios y profesionales con el paciente y sus familiares. En la Tabla 1, se muestran más detalles de los componentes del PSI-LCSSG, teniendo en cuenta una de las conceptualizaciones más comunes (3).

En España, donde la atención a la salud mental se basa en la comunidad, los programas de gestión de casos han demostrado ser efectivos en la reducción de la carga de la esquizofrenia (4) y el uso de servicios (5). El estudio más reciente sobre la efectividad de un programa de gestión de casos (6) en comparación con un programa estándar no demostró ventajas del primero en relación al segundo. Los autores sugieren la necesidad de un seguimiento más largo para poder evaluar los efectos del programa de gestión de casos. En general, la literatura sobre la efectividad de programas de gestión de casos en España es escasa y, mayoritariamente, estudia los efectos a corto o medio plazo. Por tanto, hay necesidad de ampliar la evidencia disponible en relación a los efectos de tales programas y, especialmente, sus efectos a largo plazo. El presente artículo aborda esta limitación evaluando la efectividad de un programa de gestión de casos, el PSI, a los 10 años de su funcionamiento. Cabe señalar que actualmente este programa no está operativo en todos los territorios de Catalunya y, hasta el momento, solo existen datos descriptivos sobre el perfil de usuarios que atiende (7).

El objetivo de este artículo es valorar la efectividad del PSI tras sus primeros 10 años de funcionamiento y realizar una comparativa entre el período inicial de 5 años y los 5 años siguientes a fin de determinar las similitudes o diferencias existentes entre dichos períodos. Además, se pretende conocer si existe relación entre algunas variables consideradas importantes por los autores.

En relación a la efectividad, el objetivo es conocer si: a) existen cambios significativos entre el momento de entrada y salida del programa en cuanto al funcionamiento psicosocial y clínico del paciente; b) existe una disminución significativa de necesidades no cubiertas del paciente entre el momento de entrada y salida del programa; c) existen cambios significativos entre el momento de entrada y salida del programa en cuanto al uso de servicios hospitalarios.

En relación a la comparativa entre el período inicial de 5 años y los 5 siguientes, el objetivo es conocer si: a) existen cambios en el tiempo de intervención y la frecuencia de las intervenciones entre los 2 períodos; b) existen variaciones significativas de servicios derivadores al programa; c) existen diferencias en la proporción de pacientes atendidos con o sin consumo de tóxicos a lo largo del tiempo.

Asimismo, pareció interesante observar si: a) existe correlación entre el tipo de diagnóstico y el tiempo de permanencia en el programa; b) existe correlación entre el tipo de diagnóstico y la frecuencia de la intervención; c) existe correlación entre el tipo de diagnóstico y los reingresos en el programa; y d) existen diferencias en la proporción de abandonos del programa según diagnóstico.

MÉTODO

Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron todas las personas incorporadas en el PSI entre los años 2003 y 2012.

a) Participantes y procedimiento

La muestra final la formaron un total de 145 personas (43.1% mujeres). Su media de edad fue de 43.1 años (DT= 14) y el 41.6% tenían diagnóstico de esquizofrenia paranoide según criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, versión 10 (CIE-10; 8). La mayoría de ellos fueron derivados al PSI desde su CSMA de referencia (60.9%). Otras características sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes se describen en la Tabla 2.

b) Instrumentos

Las personas fueron evaluadas a la entrada y salida del programa. Las pruebas administradas fueron consensuadas con el resto de programas piloto del PSI, recibiendo los profesionales formación específica para la administración de las mismas. Los instrumentos de valoración utilizados fueron:

- * La World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (DAS-s; 9) de la CIE-10 (8). Las puntuaciones del instrumento son válidas para valorar la discapacidad. Está constituida por siete ítems y la desarrolló la Organización Mundial de la Salud. Su rango de puntuaciones es 0-30. A mayor puntuación, mayor es la discapacidad de la persona. Este instrumento ha demostrado buenas propiedades psicométricas en personas españolas en tratamiento ambulatorio por esquizofrenia (10).
- * El Global Assessment of Functioning (GAF) de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (11). Sus puntuaciones son fiables y válidas para la valoración del funcionamiento global de personas en tratamiento psiquiátrico. Es una escala con un único ítem y su puntuación oscila entre 1 y 100. Mayores puntuaciones indican un mejor funcionamiento global de la persona.

- * La Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS; 12). Valora las necesidades psicosociales de las personas con trastorno mental. Es una escala de 21 ítems cuya puntuación oscila entre 0 (no necesidad) y 2 (necesidad grave sin cubrir). Mayores puntuaciones indican un mayor grado de necesidades de la persona. Muestra buenas propiedades psicométricas en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (13).

c) Análisis de resultados

Las variables de resultado clínicas y psicosociales, y del uso de servicios se analizaron a través de la versión 19 del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). La prueba de Chi cuadrado (χ^2) y la prueba t-Student para muestras relacionadas se utilizaron para analizar las variables categóricas y continuas, respectivamente. Se utilizó la prueba no paramétrica test de Wilcoxon para comparar variables categóricas a la entrada y salida del programa. Se calculó el tamaño del efecto para interpretar los resultados al año de seguimiento. El tamaño del efecto se consideró de la siguiente manera: $r=0.10$, efecto pequeño; $r=0.30$, efecto mediano; y $r=0.50$, efecto grande. Se comparó la proporción de uso de servicios a la entrada y salida del programa. Se consideraron como significativos los valores de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

a) Resultados en relación a la efectividad

A los 10 años de funcionamiento del programa, el 24.2% de los casos permanecen activos; el 48.4% han sido cerrados por consecución de los objetivos terapéuticos planteados; el 14.4%, por abandono; el 4%, por cambio de sector sanitario; el 3.4%, por uso incorrecto; el 3.4%, por *exitus*; el 1.1%, por suicidio; y el 1.1% por falta de vinculación. El CSMA es el servicio de relevo para el 78.2% de los casos cerrados.

Se observan cambios estadísticamente significativos cuando se comparan las puntuaciones de entrada con las de salida en las puntuaciones referentes al funcionamiento psicosocial y clínico (ver Tabla 3). Concretamente, se observan mejoras en el funcionamiento clínico y social, tal y como muestran los cambios en las puntuaciones del GAF clínico, el GAF social y el GAF total, con tamaños del efecto moderados. Además, se observa una disminución de los niveles de discapacidad, tal y como muestran los cambios a lo largo del tiempo en las puntuaciones de todos los subtests de la DAS-s y la DAS-s total. Cabe señalar que se observa un tamaño del efecto moderado para las puntuaciones referidas a cuidados personales, fun-

cionamiento familiar y funcionamiento en contexto social; mientras se observa un tamaño del efecto grande para las puntuaciones referidas al funcionamiento ocupacional o al total. Se observa además una disminución significativa de las necesidades no cubiertas y las necesidades totales, y un aumento significativo de las necesidades cubiertas según los valores de la CANSAS. El tamaño del efecto es moderado para el total de necesidades y grande para las puntuaciones referidas a necesidades cubiertas y no cubiertas (ver Tabla 3).

Si se analizan las necesidades evaluadas por la CANSAS de forma individual, se observa una disminución significativa ($p \leq 0.05$) de todas las necesidades, a excepción de los ítems referidos a consumo de drogas, cuidado de los hijos y teléfono (ver Tabla 4). En concreto, se observa un tamaño del efecto pequeño para las necesidades referidas a alojamiento, seguridad respecto a los demás, alcohol, relaciones de pareja, educación básica y transporte. Asimismo, se observa un tamaño del efecto mediano en relación a la alimentación, los cuidados del hogar, los cuidados personales, la salud física, la seguridad respecto a sí mismo, la compañía y el dinero. Finalmente, se observa un tamaño del efecto grande, es decir, importante mejora, en las necesidades referidas a ocupación del tiempo, ansiedad y en el acceso a ayudas y subvenciones.

Se observan cambios estadísticamente significativos en la proporción de uso de servicios hospitalarios (ingreso 24h.) del paciente entre el primer año del programa y el año previo al alta. Concretamente, se observa una disminución del 31% en la proporción de ingresos a la salida del programa (entrada=56%, salida=25%; $Z=5.78$, $p < 0.000$).

b) Comparación entre periodos de intervención

A continuación, se presentan los resultados en relación a las hipótesis planteadas según el momento de intervención. Se considera como pertenecientes a los primeros 5 años a aquellos casos nuevos abiertos en el periodo comprendido entre 2003 y 2007; y como pertenecientes a los segundos 5 años los casos nuevos abiertos en el periodo comprendido entre 2008 y 2012. No se observan diferencias de servicios derivadores entre los primeros 5 años de funcionamiento del programa y los segundos 5 años de funcionamiento del mismo ($\chi^2=3.908$; $p=0.142$). No hay diferencias en la proporción de pacientes atendidos con o sin consumo de tóxicos según momento de intervención ($\chi^2=0.055$; $p=0.814$).

Si se realiza el análisis teniendo en cuenta los pacientes dados de alta por consecución de objetivos, el tiempo de intervención destinado es superior para los primeros 5 años de funcionamiento del programa [32.30 (22.74) vs. 17.55 (9.52); $t(75,12)=4.15$, $p=0.000$]. Teniendo en cuenta la dispersión de los resultados, mostramos también los valores de la mediana [29.5 vs. 16]. Además, durante los prime-

ros 5 años, es mayor la proporción de pacientes que reciben intervención por parte del PSI de una a dos veces por semana ($\chi^2=4.838$; $p=0.028$) (ver Tabla 5).

En la comparación entre los dos períodos de 5 años, no se observan cambios estadísticamente significativos en cuanto al número de días e ingresos en servicios hospitalarios y visitas a servicios hospitalarios psiquiátricos ambulatorios ($p\leq 0.05$). Tampoco se observan diferencias en cuanto al número de visitas a recursos comunitarios de salud mental ($p\leq 0.05$).

c) Otros resultados

No se observa relación entre tipo de diagnóstico y tiempo de permanencia en el programa ($\chi^2=2.085$; $p=0.720$) ni entre tipo de diagnóstico y frecuencia de intervención ($\chi^2=3.225$; $p=0.199$). Tampoco se observan diferencias en la proporción de abandonos según diagnóstico ($\chi^2=1.885$; $p=0.170$); en la proporción de reingresos y de diagnóstico ($\chi^2=0.006$; $p=0.936$); en la proporción de reingresos y de consumo de tóxicos ($\chi^2=3.021$; $p=0.082$); en la proporción de hombres y mujeres que consumen tóxicos ($\chi^2=2.538$; $p=0.111$); ni, finalmente, en la proporción de diagnósticos según período de intervención ($\chi^2=0.298$; $p=0.862$).

En relación al consumo de tóxicos, los pacientes consumidores son generalmente más jóvenes [39.38 (12.40) vs. 44.89 (14.34); $t(172)=-2.471$, $p=0.014$], no habiendo diferencias en cuanto al sexo, pero sí en cuanto al diagnóstico. Hay mayor prevalencia de consumo en pacientes de los grupos 2 (trastorno afectivo) y 3 (trastorno de personalidad) que consumen tóxicos ($\chi^2=7.331$; $p=0.026$) (ver Tabla 6).

DISCUSIÓN

En este estudio, a nivel general, el PSI se mostró efectivo en las medidas de funcionamiento clínico y psicosocial, y en la proporción de ingresos hospitalarios. Estos resultados son congruentes con la literatura disponible. Por ejemplo, en el metaanálisis llevado a cabo por Marshall y Lockwood (14), el TAC se mostró efectivo, en comparación con la atención estándar, en el mantenimiento del contacto del paciente con los servicios, los ingresos hospitalarios y las variables clínicas y psicosociales. A pesar de la coincidencia de los resultados, cabe señalar que el modelo del PSI es próximo pero no igual al del TAC y que nuestro estudio se llevó a cabo sin grupo control. En un metaanálisis más actual (15), se evaluaron los efectos de la gestión de casos intensiva, entendida como modelo que surge de la confluencia del TAC y la gestión de casos. La gestión de casos intensiva enfatiza la importancia de las cargas profesionales pequeñas con una intensidad alta de trabajo. Esta definición parece aún más cercana que la del TAC al PSI. Si se tiene en cuenta la misma, los resultados sobre su efecti-

vidad son congruentes con los de nuestro estudio, en tanto que la gestión de casos intensiva se muestra efectiva en la mejora de resultados relevantes para personas con TMS, tales como hospitalización, vinculación con los servicios o funcionamiento social. Igualmente, cabe considerar las limitaciones de nuestro estudio ya señaladas también al establecer la comparación con el metaanálisis de Marshall y Lockwood (14). Si se comparan los resultados con datos de nuestro contexto asistencial, los datos son congruentes con los estudios llevados a cabo por Gutiérrez-Recacha (4) y Alonso Suárez *et al.* (5). Sin embargo, no son congruentes con los datos de un programa de gestión de casos que funciona en el mismo contexto asistencial que el PSI. En concreto, Mas-Expósito *et al.* (6) no observan ventajas de la gestión de casos *versus* la atención estándar al año de seguimiento y señalan la necesidad de considerar un seguimiento más largo para poder estudiar los efectos reales de la gestión de casos. Cabe señalar que el estudio aquí presentado analiza los efectos del PSI a los 10 años de su funcionamiento, lo que sería uno de sus puntos fuertes.

En el estudio se registraron unas tasas de abandono próximas al 15%. En este sentido, los resultados son congruentes con la evidencia disponible. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Mas-Expósito *et al.* (6) en relación a la efectividad de un programa de gestión clínica de casos del mismo contexto sanitario de nuestro estudio, se registraron pérdidas próximas al 10% al año de seguimiento. Teniendo en cuenta que el estudio aquí descrito recoge datos de 10 años de funcionamiento del PSI, los abandonos registrados parecerían ser poco significativos. Cabe señalar que generalmente se considera que los abandonos son significativos cuando superan el 20% de la muestra total (16). Si comparamos nuestros datos con estudios sobre la efectividad de modelos de gestión de casos más próximos al nuestro, las pérdidas de nuestro estudio son incluso inferiores (17).

El diseño de nuestro estudio es el de un estudio de cohorte retrospectivo, lo que conlleva ciertas limitaciones. En concreto, la evidencia de este tipo de estudios es generalmente de una calidad metodológica inferior a la de los ensayos controlados y aleatorizados. Los estudios retrospectivos podrían estar sujetos a diferentes sesgos relacionados con la necesidad de ajuste de variables de confusión como, por ejemplo, la falta de grupo control o el hecho de que sean los profesionales del mismo equipo los que realicen las valoraciones de los pacientes en los diferentes seguimientos. Igualmente, cabe señalar que el estudio se desarrolló de forma pragmática, es decir, en condiciones de práctica clínica diaria, no en un contexto ligado a condiciones experimentales ideales.

A partir de los datos obtenidos en el estudio y de la experiencia adquirida a lo largo de los años de implementación del programa, han surgido algunas reflexiones que se detallan a continuación. Los pacientes vinculados al PSI han mejorado su socialización y la cobertura de sus necesidades, aunque en muchos casos han manteni-

do sintomatología clínica activa. La mejora en su funcionalidad y en su vinculación a los servicios sugiere la posibilidad de dar de alta del PSI a estos pacientes incorporándolos a un programa de menor intensidad de intervención como el PAE-TMS. Cabe señalar que la falta de grupo control no permite establecer conclusiones firmes al respecto. Sin embargo, estos datos concordarían con los resultados obtenidos en el estudio multicéntrico comparativo de los programas comunitarios de atención al trastorno mental severo en Catalunya (18). En este estudio, el PSI, el PAE-TMS y la atención estándar se constituyen como programas de continuidad asistencial que brindan diferentes niveles de intensidad de intervención en función de las necesidades del paciente.

A lo largo de los años, el PSI se ha ido aplicando en nuestros sectores a nuevas poblaciones con características específicas: jóvenes en los primeros estadios de la psicosis, pacientes con TMS en situaciones vitales de riesgo de desestructuración mental, pacientes con patología dual, pacientes con TMS que están vinculados a la red pero que se encuentran en situaciones o momentos vitales de estrés (vejez de los padres, crianza de los hijos, situaciones de desahucio de la vivienda, precariedad económica, etc.). La evaluación de resultados de la intervención del PSI en estas poblaciones, así como la identificación de los perfiles de pacientes que requieren de la continuidad *sine die* del PSI, constituyen nuevas líneas de investigación para ir desarrollando en el futuro. Otro factor a considerar en los futuros análisis de datos es el impacto que podría haber tenido sobre el PSI la crisis económica y social de los últimos años. Cabe señalar que los últimos años del periodo considerado en este estudio se corresponden con los primeros años de dicha crisis.

CONCLUSIONES

El PSI se constituye como un programa de alta intensidad favorecedor de la continuidad asistencial de la población con TMS con mayores necesidades clínicas y psicosociales. Los resultados muestran que el PSI funciona en un contexto en el que las modalidades de intervención son sucesivas en función de la evolución de la persona. Se puede pensar que las personas incluidas en el PSI pueden pasar a ser atendidas, en función de su evolución, en el PAE-TMS, y que las personas atendidas desde el PAE-TMS podrían pasar a recibir, en función de su evolución, la atención estándar. De esta manera, la evolución de cada persona puede requerir de modalidades de atención y recursos asistenciales diferenciados en función de su evolución clínica y sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Grupo de Trabajo del Programa de Atención Específica a los Trastornos Mentales Severos. Programa de atención específica a los trastornos mentales severos. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
- (2) Grupo de Trabajo del Plan de Servicios Individualizado. Plan de Servicios Individualizado. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
- (3) 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.
- (4) Gutiérrez-Recacha P, Chisholm D, Haro JM, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL. Cost-effectiveness of different clinical interventions for reducing the burden of schizophrenia in Spain. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006;(432):29-38.
- (5) Alonso Suárez M, Bravo-Ortiz MF, Fernández-Liria A, González-Juárez C. Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011;20(1):65-72.
- (6) Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Mauri-Mas L, Lalucat-Jo L. Clinical case management for patients with schizophrenia with high care needs. *Community Ment Health J* 2015;51(2):165-70.
- (7) Carlson Aburto J, Balsera Gómez J, Lalucat-Jo L, Teixidó M, Berruezo Ortiz M, Ureña Hidalgo T, et al. Perfil de los usuarios de dos programas de gestión de casos para la atención a pacientes con trastornos mentales severos (TMS): el Programa de Seguimiento Individualizado (PSI-TMS) vs. el Programa de Atención Específica (PAE-TMS). *Rehabilitación Psicosocial* 2008;5(1y2):9-16.
- (8) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Ginebra: World Health Organization, 1995.
- (9) Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ, Mezzich JE, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31:349-54.
- (10) Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule: a validation study in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012;53:208-16.
- (11) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- (12) Slade M, Beck A, Bindman J, Thornicroft G, Wright, S. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *Br J Psychiatry* 1999;174: 404-8.
- (13) Ponizovsky AM, Rothstein I, Grinshpoon A. The CANSAS self-report for screening of needs in outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Community Ment Health J* 2014;50(3):343-7.
- (14) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, 4. Oxford: Update Software, 1998.

- (15) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Schizophr Bull* 2017;43(4):698-700.
- (16) López de Argumedo M, Reviriego E, Andrío E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado de Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la lectura crítica y la síntesis de la evidencia científica. Plan Nacional para el SNS del MSC. Madrid: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba). *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*, 2006.
- (17) Schöttle D, Schimmelmann BG, Karow A, Ruppelt F, Sauerbier AL, Bussopulos A, et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *J Clin Psychiatry* 2014;75(12):1371-9.
- (18) Grup de Treball sobre el Trastorn Mental Sever. Estudi comparatiu dels programes comunitaris d'atenció al trastorn mental sever i recomanacions per la seva implementació. Barcelona: Fòrum Salut Mental, 2011.

TABLA I

Situación del modelo PSI-LCSSG dentro de la conceptualización de modelos de programas de continuidad de cuidados según Mueser et al. (1998)

MODELO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD									
CARACTERÍSTICAS	BCM	GCC	GCCo	GCR	TAC	GCI	PSILC-SSG		
Ratio profesional: pacientes	1:50	1:30+	1:20-1:30	1:20-1:30	1:10	1:10	1:15		
Enganche/seguimiento asertivo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto		
Responsabilidad compartida	No	No	No	No	Sí	No	Sí		
Cobertura 24 horas	No	No	No	No	A menudo	A menudo	No		
Participación activa paciente	No	Baja	Alta	Alta	Baja	Baja	Alta		
Entrenamiento en habilidades	No	Baja	Moderada	Alta	Moderada	Moderada	Alta		
Frecuencia de los contactos	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta	Alta		
Lugar de los contactos	Clínica	Clínica	Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad	/Clínica
Tratamiento integrado	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto		
Provisión directa cuidados	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto	Facilita servicios	
Población diana	TMS	TMS	TMS	TMS	TMS uso	TMS uso	TMS	servicios alto GAF < 50	

PSI-LC-SSG: Plan de Servicios Individualizados Les Corts – Sarrrià Sant Gervasi;
 BCM: Broker Case Management; GCC: Gestión de Casos Clínica; GCCo: Gestión de Casos de Competencias; GCR: Gestión de Casos de Rehabilitación;
 TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario; GCI: Gestión de Casos Intensiva; TMS: Trastorno Mental Severo; GAF: Global Assessment of Functioning.

TABLA 2

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Variables sociodemográficas	Frecuencia (%)
Sexo	
- Hombre	99 (56.9)
- Mujer	75 (43.1)
Edad*	43.1 (14)
Convivencia	
- Familia	107 (61.49)
- Pareja	4 (2.30)
- Institución	5 (2.87)
- Sin hogar	3 (1.72)
- Solo	55 (31.61)
Nivel de estudios	
- Sin estudios	1 (0.6)
- Educación especial	2 (1.1)
- Estudios primarios	84 (48.3)
- Estudios secundarios	65 (37.4)
- Estudios universitarios	22 (12.6)
Situación laboral	
- Activo	6 (3.4)
- Paro	16 (9.2)
- Baja/incapacidad	1 (0.6)
- Estudiante	1 (0.6)
- Divorciado	1 (0.6)
- Pensionista	121 (69.5)
- Rentas familiares	3 (1.7)
- Sin ingresos	24 (14.4)
Incapacidad legal	
- En proceso	5 (2.9)
- Sí	16 (9.2)
- No	153 (87.9)
Variables clínicas	Frecuencia (%)
Diagnóstico	
- F20-F29	107 (61.85)
- F30-F39	31 (17.92)
- F40-F49	9 (5.20)
- F60-F69	24 (13.87)
- Otros	2 (1.16)
Consumo de tóxicos	
- Sí	56 (32.2)
- No	118 (67.8)

* Se indica media y desviación típica entre paréntesis

TABLA 3

Comparación de puntuaciones en escalas de funcionamiento clínico y psico-social a la entrada y salida del programa

Variable	Entrada N; M (DT)	Salida N; M (DT)	T	p	r
GAF clínico	124; 35.1 (7.2)	124; 40.1 (8.6)	-5.9	0.000	0.5
GAF social	124; 33.9 (7.2)	124; 39.8 (8.7)	-7.3	0.000	0.5
GAF total	124; 33 (7.1)	124; 38.3 (8.5)	-6.5	0.000	0.5
DAS-s cuidados personales	122; 2.9 (1.7)	122; 2.3 (1.4)	5	0.000	0.4
DAS-s funcionamiento ocupacional	122; 4.47 (0.8)	122; 3.7 (1.2)	7.4	0.000	0.6
DAS-s funcionamiento familiar	121; 4.06 (1.8)	121; 3.4 (1.3)	5.4	0.000	0.4
DAS-s funcionamiento contexto social	121; 4.3 (0.9)	121; 3.7 (1.1)	7.1	0.000	0.5
DAS-s total	121; 15.8 (3.3)	121; 13.1 (0.4)	7.9	0.000	0.6
CANSAS necesidades cubiertas	120; 4.8 (3)	120; 7.5 (3.4)	-7.6	0.000	0.6
CANSAS necesidades no cubiertas	120; 7.2 (4.2)	120; 3.5 (3.7)	8.9	0.000	0.6
CANSAS total necesidades	120; 12 (3.4)	120; 11 (3.9)	3.7	0.000	0.3

Los valores de p significativos aparecen sombreados.

GAF: Global Assessment of Functioning; DAS-s: Disability Assessment Schedule Short Form; CANSAS: Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule.

TABLA 4

Comparación de puntuaciones según necesidades a la entrada y salida del programa (N=120)

Variable	Entrada M (DT)	Salida M (DT)	Z	p	r
CANSAS alojamiento	0.66 (0.8)	0.42 (0.64)	-2.87	0.004	-0.260
CANSAS alimentación	1.25 (0.72)	0.83 (0.65)	-4.89	0.000	-0.447
CANSAS cuidados del hogar	1.21 (0.69)	0.87 (0.65)	-3.93	0.000	-0.359
CANSAS cuidado personal	1.04 (0.83)	0.74 (0.69)	-3.38	0.000	-0.309
CANSAS actividades diarias	1.76 (0.52)	1.30 (0.67)	-6.05	0.000	-0.552
CANSAS salud física	1.11 (0.83)	0.78 (0.63)	-3.73	0.000	-0.340
CANSAS síntomas psicóticos	1.45 (0.64)	1.15 (0.65)	-4.56	0.000	-0.434
CANSAS información	1.01 (0.74)	0.70 (0.62)	-4.62	0.000	-0.422
CANSAS angustia	1.62 (0.63)	1.10 (0.73)	-5.78	0.000	-0.526
CANSAS seguridad respecto a sí mismo	0.69 (0.73)	0.51 (0.64)	-3.50	0.000	-0.320
CANSAS seguridad respecto a los demás	0.47 (0.73)	0.36 (0.59)	-2.87	0.004	-0.262
CANSAS alcohol	0.56 (0.83)	0.41 (0.69)	-2.49	0.013	-0.227
CANSAS drogas	0.47 (0.81)	0.34 (0.69)	-1.78	0.075	-0.162
CANSAS compañía	1.67 (0.66)	1.31 (0.68)	-4.83	0.000	-0.441
CANSAS relaciones de pareja	1.24 (0.89)	0.96 (0.84)	-2.89	0.004	-0.264
CANSAS cuidado de los hijos	0.27 (0.65)	0.21 (0.53)	-1.90	0.058	-0.174
CANSAS educación básica	0.38 (0.71)	0.23 (0.50)	-2.83	0.005	-0.258
CANSAS teléfono	0.43 (0.74)	0.37 (0.62)	-1.12	0.264	-0.102
CANSAS transporte	0.88 (0.86)	0.65 (0.74)	-2.47	0.014	-0.226
CANSAS dinero	1.36 (0.74)	1.01 (0.68)	-4.46	0.000	-0.407
CANSAS prestaciones sociales	1.03 (0.85)	0.39 (0.60)	-6.65	0.000	-0.607

Los valores de p significativos aparecen sombreados.

CANSAS: Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule.

TABLA 5

Frecuencia y porcentaje del contacto según momento de intervención

Fecha intervención	Frecuencia de contacto	
	Una o dos veces a la semana	Quincenalmente o inferior
Primeros 5 años	96 (84.2%)	18 (15.8%)
Segundos 5 años	42 (70%)	18 (30%)

TABLA 6

Frecuencia y porcentaje de consumo de tóxicos según grupo diagnóstico

Grupos diagnósticos	Consumo de tóxicos	
	NO	SÍ
F20-F29	80 (74.8%)	27 (25.2%)
F30-F39	17 (54.8%)	14 (48.2%)
F40-49, F60 y otros	18 (54.5%)	15 (45.5%)

F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes; F30-39: Trastornos afectivos (del humor); F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; F60: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

