

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

**Continuidad de Cuidados, ¿un paso
definitivo hacia la autonomía y
mejora de la calidad de vida de los
pacientes con Enfermedad Mental
Grave?**

Autor: Sergio Lorenzo Azón Belarre

Tutora: M^a Eugenia Estrada Fernández

CALIFICACIÓN.

Resumen

En los últimos años, se ha generado un creciente interés por la continuidad de cuidados y sus efectos sobre los pacientes con Enfermedad Mental Grave. Esta revisión trata de analizar la repercusión que ha tenido en estos pacientes, desde que se produjo la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización de éstos. Actualmente, los distintos modelos de continuidad de cuidados que se emplean en la comunidad, proporcionan al paciente una autonomía y calidad de vida, que de otra forma no lograría alcanzar. Pero para conseguir una atención de calidad que permita alcanzar los objetivos finales, los profesionales sanitarios deben formarse correctamente y concienzudamente. La irrupción de la enfermería como gestora de casos y de cuidados ha tenido un papel crucial en la consecución de los buenos resultados que se están consiguiendo y que se analizan en esta revisión; en concreto, la mejora de la calidad de vida y la autonomía.

Palabras clave: *Continuidad de Cuidados. Calidad de vida. Autonomía. Enfermedad Mental Grave.*

Introducción

La continuidad de cuidados en Salud Mental, ha ido adquiriendo en los últimos años, cada vez más importancia en la sociedad, siendo uno de los sectores con mayor crecimiento y mayores tasas de resultados en la población.

A raíz de la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización de los pacientes de los manicomios, se observa la necesidad de creación de nuevos sistemas asistenciales como los CSM, CRPS, pisos protegidos, talleres ocupacionales, UME, hospitales de día... a los que engloba la continuidad de cuidados. Se comienza a implantar en Estados Unidos y Europa y, posteriormente en España, a mediados de los ochenta en la comunidad de Madrid, a raíz del cierre del manicomio de Leganés y en Avilés fundamentalmente, y a principios de los noventa en el resto del territorio ⁽¹⁾ ⁽²⁾. A pesar de ello seguimos encontrando amplios territorios donde no existen físicamente unidades de seguimiento de casos.

Una de las acusaciones a las que ha tenido que enfrentarse el movimiento de psiquiatría comunitaria es la de que el desarrollo de los centros de salud mental no sirvió para atender mejor a los pacientes crónicos desinstitucionalizados, ya que los nuevos recursos destinados a tal tarea se emplearon en atender necesidades de personas que antes no acudían a las estigmatizadas instituciones psiquiátricas y que, tanto estos pacientes que habían sido desinstitucionalizados, como los que debutaban con trastornos graves y crónicos después del cierre de los hospitales psiquiátricos, quedaban con facilidad abandonados a su suerte ⁽¹⁾ ⁽³⁾. Algunos de

estos problemas fueron: el fracaso en la integración plena de la población esquizofrénica y con TMG, el aumento de la carga familiar, con el consiguiente deterioro de las familias que debían acoger a estos miembros y no estaban preparadas para ello, la falta de plazas públicas y el aumento de las listas de espera ⁽⁴⁾.

Por esto, desde su implantación ha llevado ligada la polémica sobre su papel y utilidad, aunque para los pacientes más graves, la continuidad de cuidados es una de las principales aspiraciones en una atención comunitaria de calidad, por lo que es objeto de congresos y revisiones sistemáticas que tratan de definir y evaluar los componentes ideales que aseguren el desarrollo de programas de seguimiento en la comunidad ⁽⁵⁾.

No obstante, la realidad nos indica que existen dificultades para poder hacerlo operativo, que proceden de la ausencia de un modelo epistemológico de salud mental comunitaria, de la escasa dotación financiera por parte de los gobiernos o instituciones de las que depende el desarrollo de los recursos de salud mental, o del desinterés de algunos profesionales que prestan la atención a estos pacientes ⁽⁶⁾.

En España, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, donde se incluyen los principios de la reforma psiquiátrica que aboga por una prestación sanitaria universal, equitativa y descentralizada de financiación pública, frente al modelo liberal defendido por otros sectores, se empiezan a poner en práctica modelos de asistencia a enfermos mentales en la comunidad, que ya habían sido introducidos en otros países como Reino Unido, EEUU, Canadá o Italia ⁽⁷⁾.

Desde ese momento, se comienza a fraguar un cambio real en las administraciones y la forma de gestionar los recursos. La necesidad de creación de nuevos soportes asistenciales en la comunidad se hace evidente. Una de las características básicas de las intervenciones en Salud Mental comunitaria es el trabajo en equipo, integrado por distintos profesionales, para ofrecer a la persona una asistencia holística. Por tanto, el trabajo interdisciplinar (actividad realizada con la cooperación de varias disciplinas) se convierte en una pieza clave para que se cumplan los objetivos fijados, además del multidisciplinar (abarca o afecta a varias disciplinas), ya que hace referencia a una problemática que afecta a disciplinas como la psiquiatría, psicología o trabajo social. Es una puesta en común y una forma de abordar las problemáticas que surjan donde no caben los totalitarismos ni las imposiciones, y se parte de una perspectiva biopsicosocial de la salud mental, por lo que difícilmente puede ser abordada desde otro tipo de atención que no sea la interdisciplinar ⁽⁸⁾.

La aparición de un campo teórico que plantea la necesidad de preparar a los pacientes para la vida en la comunidad pone de manifiesto la necesidad de creación de la Rehabilitación Psicosocial, que está orientada a mejorar las oportunidades de los pacientes en su desinstitucionalización ⁽⁹⁾. La Rehabilitación Psicosocial no es una técnica sino una estrategia asistencial que amplía objetivos y trasciende el ámbito puramente sintomático. Y esta estrategia implica un punto de vista humanista, que aúna aspectos éticos y científicos de manera indisoluble ⁽¹⁰⁾.

Desde Andalucía, se cree que el principal problema existente en la continuidad de cuidados que explica la mayoría de los problemas que se dan, sin cuya solución de poco servirá incrementar los recursos, que corren el riesgo de seguir siendo mal utilizados, tiene que ver con el funcionamiento actual de los distintos servicios; concretamente la diversidad de orientaciones y, el todavía importante grado de desconocimiento que sigue rodeando lo relacionado con la atención comunitaria y con la rehabilitación y el apoyo social en salud mental. Se deberían de universalizar aspectos que explicaran la pauta habitual de intervención, incluyendo las escasas derivaciones a servicios de rehabilitación y apoyo social no residencial ⁽¹¹⁾.

Los distintos modelos de continuidad de cuidados surgen con el fin de conseguir un mantenimiento comunitario de los pacientes con patología severa. Resulta muy difícil establecer una clasificación de los modelos existentes, al referirse algunos autores al mismo modelo de distinta forma o con pequeñas variaciones de matiz. Atendiendo a la función del coordinador de cuidados, podemos englobar los modelos en dos grandes grupos:

- Como administrador (el profesional gestiona los cuidados que proporcionan otros agentes)
- Como proveedor directo de cuidados (el profesional es parte del proceso)

En el segundo bloque distinguimos los más importantes, que son los que vamos a explicar:

- *Modelo case management (C.M.):* Es un modelo muy conocido y aplicado en muchos centros de salud mental, sobretodo el modelo clínico. Consiste en la asignación a cada paciente de un profesional (management) que se encarga de garantizarle los servicios que le ofertan, así como el acceso a los mismos y coordinar la actuación de los profesionales que actúen sobre él para garantizar la continuidad y coherencia de los cuidados recibidos. Existen dos variantes del modelo, dependiendo de los servicios prestados. Por una parte se encuentra el

clínico, en el que el ratio profesional/paciente es 1:30, y el modelo intensivo, que va destinado a pacientes más complejos en el que el ratio profesional/paciente se fija en 1:10 ⁽²⁾.

- *Modelo tratamiento asertivo comunitario:* Es otro de los modelos de intervención comunitaria en salud mental más aplicado y probado empíricamente de los que actualmente existen. La característica básica y que da nombre a los equipos de TAC, es que éstos procuran implicar activamente al usuario en su tratamiento, motivándolo en todo momento. Existe un equipo multidisciplinar, en el cual están incluidos profesionales sanitarios y sociales, por lo que el servicio que se ofrece posee un carácter holístico, dentro del cual se abordan aspectos tan distintos como el control de la medicación, la conciencia de la enfermedad, el empleo, el ocio o las actividades de la vida diaria. Se entrega la medicación a los pacientes y se desarrollan las habilidades para el manejo y conocimiento de la misma. También resalta el trabajo con habilidades y actividades para la vida diaria (AVD) necesarias para vivir en comunidad, tales como el aseo, el vestido, la compra, la cocina, el transporte, etc. El servicio que se ofrece está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana, siendo el contacto frecuente y flexible. Se considera también fundamental el trabajo con las familias, que implica la psicoeducación y el apoyo cuando se considere oportuno. El ratio profesional/paciente es de 1:10 ⁽⁴⁾.

A lo largo de los años, han surgido variantes de estos modelos, entre las que me gustaría destacar el Tratamiento Intensivo (TI). El TI evolucionó a partir de los modelos de atención extrahospitalarios citados, el tratamiento asertivo comunitario (TAC) y el Case Management (CM), donde el TI recalca la importancia del número pequeño de casos (menos de 20) y el aporte de alta intensidad, además de ofrecer la rehabilitación y las necesidades de apoyo social de la persona tratada, durante un período de tiempo indefinido durante 24 horas al día ⁽¹²⁾.

En cuanto a tratamientos psiquiátricos involuntarios, las experiencias concluyen que los mejores o peores resultados están en directa relación con el grado de desarrollo e implantación de recursos de salud mental comunitarios y con el hecho de que estos servicios dispongan de tiempo, programas y personal suficientemente dedicado y cualificado para desarrollar los programas intensivos de continuidad de cuidados que los pacientes adscritos a esta modalidad de atención precisan. En estos casos, todo esto debería ser suficiente para que no se produjera ningún tratamiento involuntario a estos pacientes ⁽¹³⁾.

Es necesario, por tanto, contratar a profesionales que cumplan ciertos requisitos. Las cualidades personales e interpersonales de éstos son de gran importancia 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: alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, empatía, respeto al paciente y su familia, alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, flexibilidad social e interpersonal, experiencia del funcionamiento del mundo real y de la vida en la calle y confianza en si mismo/a ⁽¹⁴⁾, ya que, según los resultados de las encuestas a pacientes, éstos ponen mayor énfasis en las cualidades de empatía personal y comprensión por parte de los profesionales, así como ser escuchados y respetados ⁽¹⁵⁾.

Por otra parte, desde Atención Primaria en Girona, un 76,5% de los profesionales encuestados cree que la falta de tiempo para establecer una buena relación terapéutica con el paciente es el mayor hándicap al que se enfrentan ⁽¹⁶⁾.

Desde el punto de vista de la enfermería, las actuaciones generales en la asistencia domiciliaria a estos pacientes son:

- Detectar y reconducir a los enfermos que dejan de acudir a las citas programadas.
- Reforzar la vinculación del enfermo al centro de salud mental y a sus profesionales de referencia.
- Recopilar datos (entrevista, observación, test.....) que nos permitirán llevar a cabo la valoración del paciente en su dinámica familiar y en su entorno.
- Asegurar la detección precoz de posibles reagudizaciones para poder así intervenir lo más rápidamente posible.
- Realizar intervenciones terapéuticas fundamentalmente psicoeducativas y de apoyo a los cuidadores en el marco del medio familiar.
- Intervenciones en las situaciones de crisis proporcionando apoyo y tratamiento para evitar la hospitalización con la visita regular al paciente en su domicilio ⁽¹⁷⁾.

Para la enfermera, también destaca la gestión de casos en trastornos mentales graves, manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental, así como participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados específicos, y coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería ⁽¹⁸⁾. En el estudio de perfiles de los usuarios incluidos en dos programas de gestión de casos de trastornos mentales severos en

Cataluña, como son el programa de seguimiento individualizado (PSI) y el programa de atención específica (PAE), se ha constatado que no se distribuyen según el diagnóstico del paciente, sino que se determina en función de la gravedad del mismo, por lo que se constata que existe una correcta asignación de los pacientes, dado que los dos programas se sitúan en niveles de discapacidad diferentes. Esto debería de ser fundamental a la hora de distribuir a cada paciente dentro del sistema asistencial en el que se encuentre, acoplándose a sus características y situación de salud en un momento determinado ⁽¹⁹⁾, cosa que, como se ha demostrado, conllevaría una mayor rentabilidad de la atención. Varios estudios informan que el tratamiento es considerablemente más barato, en servicios de base comunitaria con una red de servicios. La disminución de costos de servicios de base comunitaria se asocia a la disminución de la referencia al hospital y aumento de ésta a los servicios ambulatorios independientes. En concreto, comparando TAC v/s tratamiento estándar, muestran que los clientes de TAC permanecen más en la comunidad sin costo adicional. Un estudio de costo efectividad de Rehabilitación Psicosocial, muestra un promedio de reducción de más del 50% en costes debido a la disminución de la hospitalización ⁽²⁰⁾. Y en otro estudio realizado en México para pacientes con esquizofrenia, se comprobó que la intervención psicosocial y manejo proactivo de casos fue el tratamiento con la mejor relación ⁽²¹⁾.

Para que todo esto sea posible (dar una atención de calidad), se necesita definir claramente los roles profesionales en rehabilitación, así como poseer una formación especializada en EMG y RPS. Uno de los logros importantes en estos años ha sido la participación de los usuarios y familiares en el proceso terapéutico. El acceso a la información y la articulación de procedimientos que recogen su opinión sobre el funcionamiento de los servicios, los aspectos a mejorar, etc. supone un importante punto de vista de la realidad asistencial y las demandas de los pacientes ⁽²²⁾.

En palabras de Begoña Ariño, expresidenta de EUFAMI (Federación Europea de familiares y personas con enfermedad mental), para conseguir la recuperación de las personas con trastornos mentales graves, es preciso la participación activa tanto de los familiares como de los usuarios en la valoración de sus necesidades y que, los profesionales y los miembros de las familias crean en el proceso de recuperación y en la consecución de una ciudadanía activa de las personas con enfermedad mental ⁽²³⁾.

Por último, la planificación y programación de carácter general no debe ni puede ignorar las especificidades individuales y la participación de los pacientes en la

elección de las intervenciones. Esta perspectiva nos hace incluir no sólo la identificación de las necesidades sino también el parámetro de los valores y en consecuencia el planteamiento de que las intervenciones individualizadas requieren necesariamente de su aceptación por parte de aquellos a quienes están dirigidas ⁽²⁴⁾.

La elección de este tema radica fundamentalmente en la poca consideración que tiene el tratamiento en la comunidad en nuestra sociedad, donde se le da mucha más importancia al tratamiento en fase aguda, que a una atención holística y continuada al paciente con EMG, que en muchos casos se ve desamparado y “perdido” sin los apoyos necesarios durante las primeras etapas post-hospitalización o en un periodo crítico de su enfermedad. Existen estudios que ponen de manifiesto que, personas con un buen funcionamiento general y una estabilidad en su trastorno, encuentran serias dificultades en el ámbito laboral ⁽²⁵⁾, entre otros. Por esto, en muchas ocasiones es necesaria una orientación para alcanzar los objetivos fijados. Desde el punto de vista de los pacientes, la población, en general, tiene un gran desconocimiento de la enfermedad mental, que les lleva a generar una serie de estereotipos entre los que se encuentra el de peligrosidad o incompetencia, y que se manifiestan en las dificultades para encontrar un empleo y el rechazo ⁽²⁶⁾. Además de esto, distintos programas de rehabilitación psicosocial procuran proporcionar al paciente una mejora en su calidad de vida (según los criterios establecidos por la UNESCO en 1979, la calidad de vida comprende todos los aspectos de las condiciones de vida de los individuos, es decir, todas sus necesidades y la medida en que se satisfacen) ⁽²⁷⁾ y su autonomía, además de otros aspectos, pero me gustaría destacar estos dos como esenciales en la vida del paciente y su felicidad y grado de bienestar, por lo que me parece importante hacer esta revisión, para comprobar si con los distintos programas de continuidad de cuidados llevados a cabo en la comunidad se llegan a alcanzar estos dos parámetros.

Por otra parte, en los países Europeos punteros en este tipo de tratamientos de enfoque comunitario, es la enfermera la responsable, no sólo de llevarlos a cabo sino de diseñarlos y revisarlos. Todo este trabajo se realiza de una manera totalmente autónoma gracias al esfuerzo de este colectivo durante años, en los que se ha conseguido que la mayoría de pacientes con EMG vean en la enfermera su principal referente y responsable de su bienestar. Este proceso y cambio de mentalidad en la población y en otros compañeros sanitarios todavía está en sus inicios en nuestro país. A través de trabajos como este y de la lucha del día a día en los CSM, CRPS, pisos, ... es como podremos demostrar y conseguir mayor

autonomía. Teniendo en cuenta que la enfermera, por formación y dedicación, es la persona que, hoy día resulta más cercana al paciente, debemos luchar porque el cambio de mentalidad se de aquí en España, como ya ha ocurrido en tantos otros países.

Objetivo

El objetivo de esta revisión es demostrar que las diferentes intervenciones de continuidad de cuidados llevadas a cabo en la comunidad a pacientes con Trastorno Mental Grave, tienen un efecto positivo en el aumento de la autonomía y la calidad de vida de estos pacientes. Además de eso, valorar qué modelo de continuidad de cuidados es el más predominante en general, y en España en particular, según la bibliografía consultada para la mejora de estos dos parámetros (calidad de vida y autonomía).

Metodología

La búsqueda electrónica se realizó durante los meses de Enero a Marzo de 2012 utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane Library Plus, PubMed, Enfispo, Scielo y Dialnet durante el periodo 2000 a 2012, sin utilizar límite en el idioma.

Para analizar el impacto de distintos modelos de continuidad de cuidados en la calidad de vida y autonomía de los pacientes con Enfermedad Mental Grave, las palabras clave utilizadas fueron: *continuidad cuidados, salud mental, gestión de cuidados, tratamiento intensivo, enfermería, inserción laboral, familia, calidad vida, empleo, rehabilitación psicosocial, autonomía, enfermedad mental, psiquiatría, mental health, continuity of care, quality of life, mental illness, autonomy, degree of autonomy, psychiatric patient, adherence*. Las asociaciones de conceptos se unieron con el conector "and".

Esto se complementó con la revisión manual de la bibliografía original en revistas como la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), revista Norte de Salud Mental o presencia de Enfermería.

Los criterios para la inclusión de artículos se basaron en:

- Estudios sobre calidad de distintos modelos de continuidad de cuidados en individuos con Enfermedad Mental Grave en la comunidad.
- Experiencias asistenciales utilizando estrategias innovadoras en continuidad de cuidados en individuos con Enfermedad Mental Grave en la comunidad.

- Evaluación por parte de los pacientes de la calidad de programas de continuidad de cuidados.
- La denominación de paciente con Enfermedad mental grave incluye los trastornos psicóticos en sentido amplio. Se entienden por tales, no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Estos se podrían agrupar en los siguientes: Trastornos esquizofrénicos, trastornos esquizotípicos, trastornos esquizoafectivos, trastornos delirantes persistentes, episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos y trastorno bipolar.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, inicialmente se obtuvieron 41 referencias, de las cuales, tras la aplicación de los criterios de inclusión, se seleccionaron 18 para la realización de la revisión.

Una vez identificados los artículos que cumplían los criterios de inclusión se procedió a clasificarlos según evidencia científica (*Tablas 3, 4 y 5 en Anexo II*), siguiendo la metodología del grupo de trabajo "Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)" ⁽²⁸⁾. *Tablas 1 y 2 en Anexo I*

Desarrollo del tema

Se ha demostrado que el Tratamiento Intensivo (TI) es efectivo para mejorar muchos resultados relevantes para los pacientes con enfermedades mentales graves. En una revisión sistemática, se buscaron todos los ensayos clínicos aleatorios relevantes en un rango de edad de 18 a 65 años de pacientes con Enfermedad Mental Grave, comparando el TI con la atención estándar. Se observó que el TI reduce la hospitalización y aumenta la calidad en la atención. También mejoró el funcionamiento social a nivel global ⁽¹²⁾. Así como el Tratamiento Asertivo Comunitario, y numerosos estudios controlados que avalan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales, donde encontramos evidencias de que centrándose en abordajes rehabilitadores dirigidos básicamente a la funcionalidad, disminuye el uso de sustancias, la hospitalización y posiblemente también el riesgo de exclusión social ⁽²⁹⁾.

Diferentes programas de RPS han demostrado su eficacia en la reducción de ingresos en Unidades de Agudos, como el programa INICIA de inserción laboral, donde se contó con una muestra de 275 sujetos en su evolución desde 1998 a 2005. Sin estar diseñado para ello, se observó una reducción de los días de

estancia hospitalaria y de consumo de tóxicos en las personas incluidas en el programa, con la mejora que esto supuso a nivel funcional ⁽³⁰⁾. Tradicionalmente, los servicios de rehabilitación vocacional ofrecen un periodo de preparación (entrenamiento prevocacional) antes de ubicar a los pacientes en empleos competitivos abiertos. Sin embargo, en una revisión de dieciocho ensayos controlados aleatorios, se ha demostrado que los servicios que ubican a los pacientes inmediatamente y proporcionan apoyo dentro del trabajo (empleo apoyado), logran mayores tasas de continuidad en el empleo, así como más horas trabajadas por mes y mayor sueldo, lo que se traduce en mayor autonomía por parte del paciente ⁽³¹⁾.

La actividad laboral, para las personas con TMS, es tanto resultado como determinante de su evolución. No tiene un claro efecto sobre la sintomatología positiva; tampoco es esperable un gran efecto sobre la sintomatología negativa, en relación a la cual se observan ligeras mejorías. Por el contrario se constata un efecto positivo sobre el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima, y en general, sobre la calidad de vida de las personas con TMS ⁽³²⁾.

Algunos Centros de Rehabilitación Psicosocial como "La Casita", hogar tutelado por los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (SESPA), donde trabaja un equipo compuesto exclusivamente por personal enfermero: seis diplomados y siete auxiliares que dan cobertura de 24h a un máximo de ocho pacientes; organiza sus tareas a través de tutorías y cada enfermero se responsabiliza de dos pacientes como máximo, han publicado resultados muy esperanzadores con un paciente en dos años de trabajo con él. En este caso se han producido cambios muy positivos después de su ingreso en La Casita habiendo permanecido en psiquiátricos y otros centros anteriormente. Se consigue que vaya a dormir un día a su casa después de 15 años sin incidencias, un cierto grado de autonomía en el manejo de la medicación, aceptándola, aun manteniendo que no está enfermo. Ahora también goza de la capacidad de manejar su dinero a través de una libreta de banco con la que saca la cantidad pactada entre él, su familia y el tutor. Todo ello se ha conseguido reduciendo las dosis de neurolépticos. Para ello ha sido imprescindible disponer de un espacio físico y entorno apropiados donde poder generar un ambiente terapéutico, pero dentro de la comunidad, en la que el paciente pueda ensayar cotidianamente la recuperación de las capacidades sociales y habilidades personales atrofiadas por la patología y la institucionalización ⁽³³⁾.

En Barcelona se estudió la efectividad de un Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería (PADE). Se realizó un ensayo clínico controlado, donde la muestra

estuvo compuesta por 52 pacientes afectados por un trastorno mental severo; 30 en el grupo experimental y 22 en el grupo control. Los resultados permiten concluir que el PADE fue efectivo, ya que cuando los pacientes del grupo experimental lo recibieron, presentaron menos ingresos hospitalarios y cumplieron más las visitas programadas de seguimiento. Asimismo, tuvieron una mejor adherencia al tratamiento y mejoraron su calidad de vida, especialmente en relación con las relaciones interpersonales, las actividades ocupacionales, tanto dentro como fuera del domicilio, el grado de satisfacción acerca de la actividad, el tiempo de inactividad, el nivel de motivación y la implicación en las actividades de la vida cotidiana ⁽³⁴⁾.

En España, el modelo Avilés surge inspirado por el programa de Tratamiento Asertivo Comunitario en la comunidad creado en EEUU en los años setenta. Los resultados en un estudio observacional de la actividad asistencial a 122 pacientes durante 7 años (1999-2006) en Avilés hablan por sí solos; durante los cinco primeros años del programa, los ingresos en Unidad de agudos pasaron de 160 a 42, y los días transcurridos en dicha unidad, de 2628 a 771, lo que indica que el coste total es menor ya que reduce significativamente los ingresos en Hospitales, además de evitar el deterioro cognitivo y la repercusión en la vida del paciente que producen las recaídas ⁽³⁵⁾.

En el programa de rehabilitación Social en los pisos del Centro de Día de Pi i Molist, se realizó un estudio en un grupo de 29 pacientes con EMG durante un periodo de 3 años. Se confeccionó un cuestionario que valoraba cinco variables básicas: días de ingreso, habilidades sociales, actividades lúdicas, relaciones familiares y relaciones sociales. Dicho cuestionario fue administrado sucesivamente durante los 3 años de duración del estudio. En general los cambios significativos observados se produjeron en las variables de habilidades sociales, actividades lúdicas y relaciones sociales. Estas últimas muy importantes, ya que el hecho de aumentar ligeramente las relaciones en estos pacientes es un hecho muy positivo en sus vidas ⁽³⁶⁾.

Un estudio realizado a partir de una muestra de 52 residentes ingresados en la "Llar-residencia Roger de Llúria", de la ciudad de Barcelona y perteneciente al programa de acceso a la vivienda para personas con trastorno mental de la Generalitat de Cataluña, concluye que los resultados obtenidos parecen demostrar que el hecho de ir a vivir a una residencia para personas con trastorno mental favorece la mejora en la calidad de vida de los residentes: tanto desde su valoración objetiva (participación en la vida comunitaria, actividades rehabilitadoras

y el funcionamiento de las AVD), como desde la valoración subjetiva (percepción de la propia mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables). Se puede afirmar, de forma general, que las residencias para personas con TMS cumplen con sus objetivos de proporcionar alojamiento, prevenir y tratar el deterioro producido por la cronicidad, trabajar para conseguir una autonomía máxima de los residentes y facilitar la integración de los usuarios en la comunidad, buscando la normalización ⁽³⁷⁾.

En cuanto a estudios realizados fuera de España, podemos citar el estudio retrospectivo realizado con una muestra de 247 pacientes, en el norte de Noruega, donde se evaluó la atención a los pacientes comparando un modelo descentralizado con uno parcialmente centralizado. En la zona descentralizada, los pacientes tuvieron una mejor evolución y mayor seguimiento, mientras que en la centralizada se observaron algunas deficiencias como la falta de información compartida entre profesionales o el alta temprana ⁽³⁸⁾.

En EEUU se recogieron datos de 139 departamentos durante 6 años para concluir que el mayor gasto ambulatorio y mayor grado de énfasis puesto en la atención se asoció con una mayor continuidad de la atención y, por lo tanto, con una mejor atención a pacientes con EMG, que se tradujo en un aumento de la calidad de vida de éstos ⁽³⁹⁾.

Por su parte, en Winnipeg (Canadá) utilizaron un enfoque innovador para la mejora de las capacidades de autocuidado del individuo a través de la implantación de un "planificador de bienestar". Mediante este estudio, que completaron 42 individuos, se observaron aumentos significativos en el empoderamiento (capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal), la continuidad de la atención y satisfacción con los servicios después de 3 meses de usar el planificador de bienestar ⁽⁴⁰⁾.

En el entorno urbano de Viena se llevó a cabo un estudio observacional sobre la eficacia de un programa de tratamiento individualizado para apoyar la adherencia al tratamiento. Durante 3 meses se observó el cumplimiento de citas y las acciones tomadas por el equipo en respuesta a las citas perdidas. En este periodo se perdieron 393 (19.2%) de 2049 visitas. Se concluyó que, gracias a los esfuerzos de los profesionales del equipo de Salud Mental, sólo una minoría de pacientes con baja intensidad de tratamiento y un alto índice de citas perdidas tenía un alto riesgo de interrupción del tratamiento, lo que conlleva indirectamente un aumento de la calidad de vida de estos pacientes ⁽⁴¹⁾.

Así mismo, en Dinamarca y Edmonton se evaluó la calidad de la atención prestada por los profesionales sanitarios a través de los datos objetivos y de las opiniones de

los pacientes. En Dinamarca, se realizó un estudio retrospectivo con una muestra de 319 tratamientos en un periodo de 6 meses. La continuidad de atención paciente/profesional se mantuvo en más del 90% de los casos. De 114 pacientes que respondieron a un cuestionario, el 75% estaban satisfechos o muy satisfechos con la relación, lo que se traduce en mayor interés en su tratamiento, con las mejoras a nivel de grado de autonomía que eso supone ⁽⁴²⁾. Por su parte, en Canadá, se realizó una revisión sistemática de la literatura de la continuidad de cuidados, complementada con entrevistas a 36 pacientes y sus familias. Las características que ensalzan la continuidad de cuidados se extrajeron de ambas fuentes, entre las que se encuentran el aumento de la autonomía y calidad de vida ⁽⁴³⁾.

En Maastricht (Países Bajos), implantaron una variante del TAC denominada FACT (Tratamiento Asertivo Comunitario Flexible). El modelo TAC se encarga de englobar al 20% de pacientes más graves, que requieren una supervisión constante, mientras que el 80% restante (más estables) se incluyen en el FACT, el cual presta también servicios de orientación individual, rehabilitación y tratamiento orientado a la recuperación, pero siendo más flexible que el TAC, pudiendo atender a un rango más amplio de pacientes y dotándoles de mayor autonomía en su vida diaria. Debido a los buenos resultados, este modelo se ha extendido por toda Holanda ⁽⁴⁴⁾.

En otro estudio, llevado a cabo en España y Europa para personas sin hogar con trastornos mentales, se analizaron 57 proyectos de continuidad de cuidados llevados a cabo en 10 ciudades europeas. Para ello se entrevistaron entre 5 y 10 usuarios de cada proyecto, con un total de 333. De los resultados obtenidos se extrae que, después de las intervenciones de los profesionales, la mayoría de los pacientes tienen un grado moderado de satisfacción con su calidad de vida. Así mismo, las cifras de salud general y mental son más cercanas a las que presenta la población que acude a Atención Primaria de Salud que las que presentan otras personas sin hogar sobre las que no se están llevando a cabo intervenciones específicas ⁽⁴⁵⁾.

Los resultados de los estudios seleccionados para esta revisión (con excepción de las revisiones que abarcan a varios modelos), para evaluar qué modelo es el más predominante sobre el que se han hecho más estudios incidiendo en la calidad de vida y la autonomía del paciente son:

- En todos los estudios en general se distinguen; 6 modelos "Tratamiento Asertivo Comunitario" (TAC), 3 "Case Management" (CM) y un "Tratamiento Intensivo" (TI).
- En los centrados exclusivamente en España encontramos 2 TAC y 3 CM.

Conclusiones:

Según el análisis de la información recogida, se puede afirmar que la continuidad de cuidados en general, con todos sus recursos asistenciales en particular, sirve para aumentar la autonomía y calidad de vida de los pacientes con EMG, ya sea evitando recaídas que producen deterioro, aumentando su nivel de ingresos económicos, reduciendo el consumo de tóxicos, o proporcionándoles mayor independencia.

Los profesionales sanitarios, por nuestra parte, no debemos desatender que el objetivo final de las intervenciones está orientado a la consecución del mayor nivel posible de autonomía, inserción y participación del sujeto en su entorno comunitario propio, o lo que es lo mismo, el mayor grado posible de calidad de vida entendida ésta en un sentido activo y socialmente participativo.

Según los resultados de las encuestas realizadas a pacientes éstos ponen mayor énfasis en las cualidades de empatía personal y comprensión por parte de los profesionales, así como ser escuchados y respetados ⁽¹⁵⁾. Las características que se requieren para una buena atención son: alto nivel de compromiso con los pacientes y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, empatía, respeto al paciente y su familia, alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, flexibilidad social e interpersonal, experiencia del funcionamiento del mundo real y de la vida en la calle y confianza en sí mismo/a ⁽¹⁴⁾. Todas estas características son las que reúne fundamental y tradicionalmente la enfermería.

Por último, es claramente cierto que la continuidad de cuidados en la atención a la EMG no podrá alcanzar mayor grado de desarrollo ni realizar evaluaciones exhaustivas sobre la evolución de sus servicios y programas si no se impulsan ni concretan políticas inversoras suficientes que permitan una gestión clínica de los recursos propios, que avale la continuidad de cuidados y sea lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios sociales, económicos, culturales, educativos, judiciales, etc.

Me gustaría destacar las escasas investigaciones y estudios realizados en España sobre estos parámetros en particular. Además, la calidad de los estudios publicados dificulta el otorgar el máximo grado de recomendación a estas intervenciones. Por esto, aunque los resultados son buenos, el Grado de Recomendación según la "Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)" es "B" (Ver Tabla 2 en Anexo I).

Implicaciones para la práctica: Los resultados obtenidos demuestran que una buena actuación por parte de los profesionales sanitarios, con una organización adecuada, conlleva la mejora de autonomía y calidad de vida de los pacientes con EMG. Las actuaciones o características que me gustaría destacar en un buen profesional en Salud Mental, para llevar a cabo una buena actuación son: la empatía, el respeto hacia el paciente y la capacidad de escucha activa. Resaltar también que las características sociodemográficas de cada ámbito comunitario son las que marcan las actuaciones más adecuadas a llevar a cabo, por lo que se deben aplicar aquellas intervenciones o características de los modelos que mejor se adapten a la situación en un momento y lugar concreto.

Implicaciones para la investigación: Aunque los resultados muestran que la calidad de vida y autonomía aumentan en estos pacientes, se debe seguir investigando, ya que, sobretodo en España, las publicaciones al respecto todavía son escasas. Dado que se sigue avanzando en la mejora de los sistemas asistenciales actuales en la comunidad, es de esperar que las publicaciones de experiencias asistenciales aumenten en los próximos años para ofrecer una visión más amplia y contrastada de la realidad de la Continuidad de Cuidados.

Anexo I

Tabla 1. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)²⁸

| NIVEL DE EVIDENCIA | INTERPRETACIÓN |
|---------------------------|---|
| I | Evidencia a partir de EC con asignación aleatoria |
| II-1 | Evidencia a partir de EC sin asignación aleatoria |
| II-2 | Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, preferiblemente realizados por más de un centro o grupo de investigación |
| II-3 | Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios sin asignación aleatoria |
| III | Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos |

Tabla 2. Grados de recomendación para intervenciones de prevención (CTFPHC)²⁸

| GRADO DE RECOMENDACIÓN | INTERPRETACIÓN |
|-------------------------------|---|
| A | Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención |
| B | Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención |
| C | La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión |
| D | Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención |
| E | Existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención |
| I | Existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión |

Anexo II

Tabla 3

| Nombre del estudio | Autor y año de publicación | Tipo de estudio | Modelo de continuidad de cuidados | Mejora en calidad de vida/ autonomía | Nivel de evidencia |
|--|---|---|--|---|---------------------------|
| Tratamiento Intensivo de las Enfermedades mentales Graves | Dieterich M, et al. ⁽¹²⁾ 2011 | Revisión sistemática | Tratamiento Intensivo vs Tratamiento Estándar | Sí | I |
| Psicoterapia de la Psicosis: de la Persona en Riesgo al Paciente Crónico | Esteve Díaz N, et al. ⁽²⁹⁾ 2010 | Revisión sistemática | Intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas | Sí | II-1 |
| Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral | Lastra Martínez I, et al. ⁽³⁰⁾ 2009 | Estudio analítico observacional retrospectivo | Rehabilitación y programa de inserción laboral, dentro de un modelo TAC | Sí | II-2 |
| Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves | Crowther R, et al. ⁽³¹⁾ 2008 | Revisión sistemática | Entrenamiento Prevocacional vs Empleo Apoyado | Sí | I |
| Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo | López Menéndez LA. ⁽³²⁾ 2008 | Revisión sistemática | Rehabilitación laboral | Sí | I |
| Gestión de cuidados en un caso de trastorno mental severo | García García JE. ⁽³³⁾ 2004 | Estudio analítico de intervención; ensayo clínico | Case Management | Sí | II-3 |
| Efectividad de la atención domiciliar de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado | Lluch Canut MT, et al. ⁽³⁴⁾ 2006 | Estudio analítico de intervención; ensayo clínico | Atención Domiciliar de Enfermería aplicando el modelo de Gestión de casos (CM) | Sí | II-1 |

Tabla 4

| Nombre del estudio | Autor y año de publicación | Tipo de estudio | Modelo de continuidad de cuidados | Mejora en calidad de vida/ autonomía | Nivel de evidencia |
|--|--|---|--|---|---------------------------|
| El modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario: un pacto con la realidad | Martínez Jambrina JJ. ⁽³⁵⁾ 2007 | Estudio analítico observacional retrospectivo | Tratamiento Asertivo Comunitario | Sí | II-2 |
| Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos | Besora J, et al. ⁽³⁶⁾ 2000 | Estudio analítico observacional retrospectivo | Case Management | Sí | II-2 |
| Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo | Lascorz D, et al. ⁽³⁷⁾ 2009 | Estudio comparativo: coste-eficiencia de un dispositivo residencial | Dispositivo residencial | Sí | II-2 |
| Impact on continuity of care of decentralized versus partly centralized mental health care in Northern Norway | Henrik Myklebust L, et al. ⁽³⁸⁾ 2011 | Estudio comparativo: modelo parcialmente centralizado vs modelo descentralizado | Tratamiento Asertivo Comunitario | Sí | III |
| Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions | Greenberg GA, et al. ⁽³⁹⁾ 2003 | Estudio analítico observacional retrospectivo | Varios modelos de continuidad de cuidados | Sí | II-2 |
| The wellness planner: empowerment, quality of life and continuity of care in mental illness | Marchinko S, et al. ⁽⁴⁰⁾ 2011 | Estudio analítico de intervención; ensayo clínico | Folleto de enfoque innovador para acoplar a los modelos de continuidad de cuidados que se estén utilizando | Sí | I |

Tabla 5

| Nombre del estudio | Autor y año de publicación | Tipo de estudio | Modelo de continuidad de cuidados | Mejora en calidad de vida/ autonomía | Nivel de evidencia |
|---|--|---|--|---|---------------------------|
| The efficacy of an individualized treatment schedule to maintain treatment adherence in a urban community mental health center | Steiner E, et al. ⁽⁴¹⁾ 2001 | Estudio observacional | Tratamiento Asertivo Comunitario | Sí | III |
| Continuity of patient care and patient satisfaction in a community-based psychiatric service | Møller-Madsen SM, et al. ⁽⁴²⁾ 2005 | Estudio analítico observacional retrospectivo | Tratamiento Asertivo Comunitario | Sí | II-2 |
| Continuity of care in mental health services: toward clarifying the construct | Joyce AS, et al. ⁽⁴³⁾ 2004 | Revisión sistemática | Continuidad de cuidados en general | Sí | I |
| Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario | Irurzun JC, et al. ⁽⁴⁴⁾ 2011 | Explicación del modelo implantado en Holanda | Tratamiento Asertivo Comunitario y su variante "flexible" | Sí | III |
| Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España | Bravo Ortiz MF. ⁽⁴⁵⁾ 2003 | Investigación | Mezcla de Tratamiento Asertivo Comunitario y Case Management | Sí | II-1 |

Bibliografía:

- 1.- Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004 Oct/Dic; 24 (92): 25-51.

- 2.- Yela Blazquíz D. Los programas de continuidad de cuidados en salud mental comunitaria: un debate. Presencia de enfermería de salud mental [revista en internet]. 2006 Ene-Jun [citado 9 Feb 2012]; 2(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/r37articulo.php>

- 3.- Fernández Liria A, García Rojo MJ. Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1990; 10(32): 65-75.

- 4.- Saiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. Intervención Psicosocial [revista en internet]. 2009 Mar [citado 11 Feb 2012]; 18(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000100009&lng=es&nrm=iso

- 5.- Contreras JA, Navarro D. Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2008; 28(102): 451-475.

- 6.- López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Rehabilitación psicosocial. 2006; 3(1): 17-25.

- 7.- Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. Revista Española de Salud Pública [revista en internet]. 2011 Sept-Oct [citado 11 Feb 2012]; 85(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 8.- García López R. Salud mental comunitaria, ¿una tarea interdisciplinar? Cuadernos de Trabajo Social. 2004; (17): 273-287.

- 9.- Guinea R. Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7(2): 135-145.
- 10.- Uriarte Uriarte JJ. Psiquiatría y rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7(2): 87-101.
- 11.- López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007; 27(99): 187-223.
- 12.- Dieterich M, Irving C, Park B, Marshall M. Tratamiento intensivo de las enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane Traducida). En: La Biblioteca Cochrane plus, 2010 Número 10 [citado 15 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203320628&DocumentID=CD007906>
- 13.- Santander Cartagena F. Tratamiento ambulatorio involuntario: tal vez sí, pero... Cuadernos Psiquiatría Comunitaria. 2006; 6(1): 47-54.
- 14.- Hernández Monsalve M. Los programas de seguimiento en la comunidad: Una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más? En: Rivas F. La psicosis en la comunidad. Madrid: AEN; 2000. p. 131-190.
- 15.- Bjoerkman T, Hansson L, Svensson B, Berglund I. What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. International Journal Qual Health Care [revista en internet]. 1995 Dic [citado 16 Feb 2012]; 7(4): 355-362. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8820211>
- 16.- Beltrán Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de Salud Mental desde Atención Primaria: relación con los servicios de apoyo especializados. Atención Primaria. 2001 Jun; 28(1): 39-45.
- 17.- González Gromé E. La atención domiciliaria en los equipos de salud mental comunitaria. Enfermería Docente. 2005; 81(1): 22-25.

18.- Orden SPI/1356/2011 de 11 de Mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 123, (24/05/2011).

19.- Carlson Aburto J, Balsera Gómez J, Lalucat Jo L, Teixidó Casas 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 [revista en internet]. 2008 Ene-Dic [citado 18 Feb 2012]; 5(1-2): 9-16. Disponible en: http://www.fearp.org/documents/RevRH_5.1.pdf

20.- Acuña J. Modelos en rehabilitación psicosocial. Madrid: Ministerio de Salud; 1999.

21.- Lara Muñoz MC, Robles García R, Orozco R, Saltijeral Méndez MT, Medina Mora ME, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. Salud Mental [revista en internet]. 2010 May-Jun [citado 23 Feb 2012]; 33(3): 211-218. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000300001&script=sci_arttext

22.- Vallespí Cantabrana A. Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7(2):105-113.

23.- Ibáñez Pascual F, Pascual Menéndez J. La familia en la continuidad de cuidados. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006. p. 443-454.

24.- Lalucat L, Casalé D, Catalá A, Ciutat A, San Emeterio M, Teixidó M. Plan Integral de Atención al Trastorno Mental Severo en la Comunidad: Dispositivos, programas y servicios. En: Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. Salamanca: Kadmos; 2003. p. 267-288.

25.- Muñoz M, Pérez E, Crespo M, Guillén AI. Estigma en personas con enfermedad mental grave y persistente. En: Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo

social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Complutense; 2009. p. 107-153.

26.- Alonso Suárez M. Salud mental, continuidad de cuidados e inserción laboral. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A, coordinadores. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006. p. 197-219.

27.- Lafuente Lázaro S, Francisco González JS, Criado Martín I, Covarrubias Fernández C. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: El caso de Segovia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet]. 2007 [citado 23 Feb 2012]; 27(2): 47-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000200005&script=sci_arttext

28.- Manterola C, Zavando D. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Revista Chilena de Cirugía. 2009 Dic; 61(6): 582-595.

29.- Esteve Díaz N, Román Avezuela N, González Moliner M, Fraile Fraile JC, García-Cabeza I. Psicoterapia de la Psicosis: de la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. Clínica y Salud [revista en internet]. 2010 [citado 25 Feb 2012]; 21(3): 285-297. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300007&lng=es.

30.- Lastra Martínez I, Arbildua García C, Verdugo Carrasco S. Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral. Informaciones Psiquiátricas. 2009; (197): 153-162.

31.- Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane Traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [citado 3 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003080>

32.- López Menéndez LA. Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo: Revisión de estudios y análisis de evidencias. Intervención Psicosocial [revista en internet]. 2008 [citado 3 Mar

2012]; 17(3): 245-268. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300003&lng=es

33.- García García JE. Gestión de cuidados en un caso de trastorno mental severo: Diseño, ejecución y evaluación a los dos años. Index de Enfermería [revista en internet]. 2004 Jun [citado 4 Mar 2012]; 13(44-45): 21-25. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100005&lng=es

34.- Lluch Canut MT, Checa Peña F, García Morales J, Márquez Romero MI, Camarena Pelegrí X, Beltrán Megías JJ, et al. Efectividad de la atención domiciliar de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado. Enfermería clínica. 2006; 16(4): 198-205.

35.- Martínez Jambrina JJ. El modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario: un pacto con la realidad. Cuadernos Psiquiatría Comunitaria. 2007; 7(2): 147-149.

36.- Besora J, Martorell B, Clusa J. Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastornos mentales severos. Informaciones psiquiátricas [revista en internet]. 2000 [citado 7 Mar 2012]; 159: [aprox. 7 p.]. Disponible en:
http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_06.htm

37.- Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría [revista en internet]. 2009 [citado 7 Mar 2012]; 29(1): 191-201. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000100014&script=sci_arttext

38.- Henrik Myklebust L, Olstad R, Bjorbekkmo S, Eisemann M, Wynn R, Sorgaard K. Impact on continuity of care of decentralized versus partly centralized mental health care in Northern Norway. International Journal of Integrated Care [revista en internet]. 2011 Oct-Dic [citado 7 Mar 2012]; 11(142): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280921/?tool=pubmed>

39.- Greenberg GA, Rosenheck RA. Managerial and environmental factors in the continuity of mental health care across institutions. *Psychiatric Services* [revista en internet] 2003 Abr [citado 9 Mar 2012]; 54(4): 529-534. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12663841>

40.- Marchinko S, Clarke D. The wellness planner: empowerment, quality of life and continuity of care in mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing* [revista en internet]. 2011 Ago [citado 9 Mar 2012]; 25(4): 284-293. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21784286>

41.- Steiner E, Alexander E, Höfer C, Schaffer K. The efficacy of an individualized treatment schedule to maintain treatment adherence in a urban community mental health center. *Psychiatrische Praxis* [revista en internet]. 2001 Sept [citado 9 Mar 2012]; 28(6): 278-283. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11533894>

42.- Møller-Madsen SM, Svendsen JM, Kjaersgaard P. Continuity of patient care and patient satisfaction in a community-based psychiatric service. *Ugeskr Laeger* [revista en internet]. 2005 Jun [citado 10 Mar 2012]; 167(25-31): 2766-2769. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16014262>

43.- Joyce AS, Wild TC, Adair CE, McDougall GM, Gordon A, Costigan N, et al. Continuity of care in mental health services: toward clarifying the construct. *Canadian journal of psychiatry* [revista en internet]. 2004 Ago [citado 10 Mar 2012]; 49(8): 539-550. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453103>

44.- Irurzun JC, Martín L, Bastida M. Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario: implicaciones para el programa GAZTE. *Revista Norte de Salud Mental*. 2011; 9(41): 31-37.

45.- Bravo Ortiz MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2003; 3(2): 117-128.