

AMSM

CUADERNO TÉCNICO

NÚMERO 1

PRESTACIONES BÁSICAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Definir las prestaciones que desde el sistema público de salud se deben proporcionar de un modo equitativo a toda la población debe ser, sin lugar a dudas, una de las áreas que toda administración con responsabilidad en este ámbito debe asumir.

Desde luego este es uno de los temas que desde la asociación hemos considerado prioritario afrontar; por lo que hace ya algún tiempo impulsamos la formación de un grupo de trabajo para que elaboraran un documento de aproximación a la definición de las mismas.

La pretensión del citado grupo no ha sido realizar un documento cerrado, "definitivo"; sino delimitar aquellos elementos claves, tanto en la definición de las prestaciones, como en el modo de garantizarlas en cada uno de los servicios.

De una lectura del mismo pueden extraerse varios ejes que guían su redacción. En primer lugar la necesidad de priorizar la atención y la extensión de las prestaciones en base a la gravedad de los trastornos (entendida ésta de un modo integral) y a la especificidad de las intervenciones. Es una decisión arriesgada, pero necesaria. Arriesgada porque priorizar implica limitar la atención de algunos problemas para intensificar la que se presta a los más graves. Implica ser conscientes de que no somos omnipotentes y que no podemos dar respuesta a todos los malestares. Implica reconocer que los recursos que existen, escasos, se deben centrar sobre todo en atender a los más graves; o bien, si se quieren extender más, la dotación de estos recursos, obviamente debe aumentar.

Otro de los ejes claves es la coordinación de las acciones con la Atención Primaria de Salud, apoyando y posibilitando su formación para mejorar su capacidad de detectar y tratar casos con patología mental.

El resultado del trabajo que ahora publicamos es por tanto un primer paso en el necesario debate que debe realizarse entre los profesionales que trabajamos en la red de salud mental, y en la imprescindible definición por parte de las administraciones responsables de los servicios que debemos prestar en los dispositivos de Salud Mental públicos.

Mª Fe Bravo Ortiz

AMSM

Cuaderno Técnico 1

**Junta de la Asociación
Madrileña de Salud Mental**

Presidenta:

Mª Fe Bravo Ortiz

Vicepresidentes:

Miguel A. Moré Herrero

Teresa Pallarés Soubrier

Secretaria General:

Pilar González Gil

Tesorero:

Pedro Sopelana Rodríguez

Vocal de Publicaciones:

José García-Noblejas Sz/Migallón

Vocales:

Pedro Cuadrado Callejo

J.F. Montilla García

Blanca Penasa López

Abelardo Rodríguez González

**Documento elaborado
en el Grupo de trabajo
constituido por:**

Miguel A. Moré Herrero (Coordinador)

Miguel A. Jiménez Arriero

Ana Mª López Fuentetaja

Antonio Muñoz Morales

Mariano Hernández Monsalve

Enrique Torres Fonseca

Luis Prieto Moreno

Sergio García Reyes

Fotocomposición:

Dinarte, S.L.

Impresión:

Desk Impresores, S.L.

Impreso en papel reciclado



AMSM

CUADERNO TÉCNICO

NÚMERO 1

PRESTACIONES BÁSICAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ÍNDICE

Fundamento del trabajo	5
Objetivos	5
Introducción	6
– Identificación de necesidades	6
– Condicionantes de la utilización de los servicios	7
– Posibilidades de abordaje desde los S.S.M.	7
1. Criterios de gravedad	9
1.1. Criterios de gravedad en adultos	9
1.2. Baremación de los criterios de gravedad en adultos	10
1.3. Criterios de gravedad en la infancia y adolescencia	11
1.4. Baremación de criterios de gravedad en la infancia y adolescencia	12
2. Poblaciones diana	14
2.1. Poblaciones diana con necesidades expresadas	14
2.2. Poblaciones diana con necesidades ocultas	14
3. Prestaciones básicas en los S.S.M.	15
3.1. Definición	15
3.2. Consideraciones generales	15
3.3. Características de las prestaciones básicas	15
3.3.1. Principios rectores	15
3.3.2. Planificación	15
3.3.3. Modalidades de intervención	15
3.3.4. Ámbito de aplicación	16
4. Tipos de servicios	17
4.1. Servicios para adultos	18
4.1.1. Sanitarios	18
4.1.2. Recursos de rehabilitación comunitaria específicos	20
4.1.3. Recursos de rehabilitación comunitaria normalizados	20
4.2. Servicios infanto-juveniles	21
4.3. Servicios psicogerítricos	21

5. Estándares de calidad	22
5.1. La cantidad de servicios ofertados.....	22
5.2. La adecuación de los servicios ofertados con las necesidades y demandas de la comunidad	22
5.3. La calidad del proceso de cuidado.....	22
5.4. La coordinación en el proceso de cuidado.....	23
6. Perfiles de demanda en Atención Primaria que deben ser atendidos en ese nivel	24
7. Propuesta de alternativas para una mejor detección, asunción para tratamiento y derivación de casos, por parte de Atención Primaria	25
Anexo I. Hoja resumen criterios de cronicidad	26
Anexo II. Protocolo asistencial	27
Anexo III. Consejos sobre la práctica asistencial en problemas de salud mental en Atención Primaria	28
Anexo IV. Guía para la detección de casos psiquiátricos en la Atención Primaria	29
Anexo V. Propuesta de contenido de parte de interconsulta-derivación infanto-juvenil	33
Anexo VI. Propuesta de contenido de parte de interconsulta-derivación adultos	34
Anexo VII. Guía clínico-terapéutica de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria	36
Anexo VIII. Guía clínico-terapéutica de los trastornos depresivos en Atención Primaria	40
Bibliografía	43

PRESTACIONES BÁSICAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

FUNDAMENTO DEL TRABAJO

La indefinición existente al respecto en la práctica actual en el ámbito de la Comunidad de Madrid, el desigual desarrollo interdistritos de los programas asistenciales y la necesidad de poder compatibilizar los principios de la Ley General de Sanidad y el modelo de Psiquiatría Comunitaria con los recursos que el propio sistema sanitario proporciona, hacen necesario un estudio de las prestaciones básicas que deben proporcionar los Servicios de Salud Mental, para evitar que se produzca una distorsión de éstas respecto de las necesidades prioritarias y/o un deterioro de la calidad de las prestaciones, como también opina Desviat¹.

El Sistema Sanitario debe tener claro lo que implica el término "atención comunitaria en salud mental" y explicitar claramente su nivel de compromiso con el mismo y con la oferta de recursos que se precisan para su práctica.

El propósito de este estudio es tratar de delimitar la población a la que deben ir prioritariamente destinadas esas prestaciones, que entendemos que deben ser básicas en la oferta asistencial de todos los S.S.M. de Distrito de la Comunidad de Madrid, las características que deben tener dichas prestaciones según los distintos grupos afectados y los estándares de calidad que deben cumplir.

OBJETIVOS

Para ello, el trabajo pretende:

- 1. Definir criterios de gravedad que prioricen las ofertas asistenciales.**
- 2. Identificar poblaciones diana con esas necesidades básicas.**
- 3. Describir las prestaciones básicas** (tanto a nivel preventivo, asistencial y rehabilitador, como de continuidad de cuidados), **estándares de calidad y recursos que se precisarían** para atenderlas.
- 4. Delimitar perfiles de demanda de salud mental en Atención Primaria que deben ser atendidos a ese nivel.**
- 5. Proponer alternativas que posibiliten una mejor detección, filtraje, asunción para tratamiento y derivación de casos, por parte de Atención Primaria.**

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad de abril del 86 defiende un modelo de salud integral donde la salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general.

Por otra parte, es un hecho la saturación que se está alcanzando en los Servicios de Salud Mental según fuentes recientes del propio Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid² y según nuestra propia experiencia in situ, así como el riesgo de mantener la actual situación, sin pararse a reflexionar sobre la asistencia que prestamos y sus condiciones de calidad.

En esta misma línea un reciente artículo de Rendueles G³ señala la situación actual de la mayoría de los Servicios de Salud Mental "invadidos por usuarios con problemas psíquicos menores que disputan tiempo y espacio a los pacientes más graves y lo desolador de un futuro que parece aceptar ese bueno para todo que los S.S.M. deben cumplir al aceptar las múltiples y cambiantes demandas", proponiendo el autor una limitación administrativa-legal, autogestionada y de los propios profesionales a la actual situación, coincidiendo con lo señalado por Ahr⁴ en cuanto a potenciar la atención de los pacientes más graves frente a los "sanos pero infelices".

Nuestro trabajo parte de la filosofía sanitaria de que los Servicios de Salud Mental son un instrumento para el desarrollo de los principios de la Ley General de Sanidad y en tanto que dispositivos asistenciales especializados situados en segunda línea deben proporcionar en el marco de una población circunscrita una fácil accesibilidad, disponibilidad y continuidad de cuidados a dicha población, en tareas de promoción y prevención, asistencia y rehabilitación.

Tal tarea presupone una **identificación de las necesidades de la población**; tomar en consideración los **condicionantes de la utilización de los servicios**; y ver las **posibilidades de abordaje desde los S.S.M.**

- Identificación de necesidades:

Resulta ineludible mencionar los problemas relacionados con los criterios desde los que se van a definir esas necesidades, así como los derivados de su cuantificación.

a) en cuanto a la **definición de necesidades**, el término necesidad es ambiguo conceptualmente y requeriría una definición operativa en cada uso que se hiciera de él (Royse D⁵), ya que como observa Kahn (1969)⁶

las necesidades vienen definidas socialmente y representan la visión de lo que un individuo o grupo requiere en orden al rol que juega, el desempeño de compromisos, la participación adecuada en el proceso social y mantener un adecuado nivel de energía y productividad en un momento determinado de la historia.

Bradshaw (1977)⁵ distingue entre cuatro tipos de necesidades sociales: normativas (lo que un experto define como necesidad), sentidas (lo que la población siente como necesidad), expresadas (la demanda de un servicio) y comparativas.

Grantham⁶, en un intento de aproximación al concepto de necesidades en psiquiatría, dice que en él influyen: la definición en salud mental (el ideal); el acento etiopatogénico (la prevención); las demandas de la población (la moda); la epidemiología (las personas con síntomas); la estadística de los servicios (los usuarios); las comparaciones regionales de recursos (las tecnologías) y la perspectiva clínica (la práctica sobre el terreno).

Desde un punto de vista psiquiátrico tendríamos que distinguir entre necesidades percibidas y latentes, según haya tomado o no conciencia de ellas el individuo. De la percepción de necesidades se va a derivar o no una **demandas de cuidados** y ésta a su vez producirá una **utilización de servicios**, (Muñoz P)⁷.

Por otra parte, la necesidad asistencial también puede darse desde el grupo social donde está situado el sujeto y hablaríamos de necesidades socialmente definidas, mientras que otras veces la identificación de la necesidad se hace desde criterios médicos y hablaríamos de necesidades profesionalmente definidas, que pueden llegar o no a confirmarse desde la objetivación de un diagnóstico y en este caso hablaríamos de necesidades confirmadas científica o profesionalmente.

Por último, no siempre la necesidad percibida o definida tanto social como profesionalmente se va a corresponder exactamente con una necesidad real de cuidados y por tanto la demanda y utilización de servicios puede darse a veces inadecuadamente.

Hafner⁷, subraya cómo el concepto de **necesidad asistencial** hace referencia a dos grupos de factores: por una parte a la **presencia de un trastorno** y por otra a unas **posibilidades de tratamiento y asistencia**.

Grantham⁶ por su parte, también define la necesidad en salud como un trastorno sentido por el sujeto o su entorno, que sólo si es constatado clínicamente y existe una tecnología curativa disponible por el profesional, confirma la existencia de una necesidad.

Por otra parte y desde un concepto de salud mental, las prestaciones no deben plantearse solamente respecto de la demanda expresada (utilización del servicio) sino que deben atender a necesidades existentes y no expresadas (población que no acude y que individual o colectivamente –grupos de riesgo– pueden tener patologías más graves).

b) En cuanto a la **cuantificación de las necesidades** ésta depende del propio concepto de caso (que exige la delimitación del grado de incapacidad social derivada o condicionada por el trastorno psiquiátrico) y la cuantificación de los cuidados, cabiendo decir que no siempre éstos han de ser competencia de los servicios psiquiátricos (según Stromgren sólo el 43% de los sujetos que presentan algún tipo de síntomas necesitarían de algún tipo de ayuda psiquiátrica) sino que la atención primaria ha de cumplir un papel relevante.

Desde una perspectiva epidemiológica, el concepto de caso psiquiátrico y su medición ayudarán a aproximarnos a la tasa de morbilidad existente, pero que hay que distinguir de la de la utilización de los servicios que tiene que ver con la demanda expresada y satisfecha.

Torres⁸ plantea que las necesidades objetivadas en colectivos definidos como poblaciones diana o grupos de riesgo, junto con las demandas que formulan y las metas que se fijan los propios servicios, constituirían la tríada básica de la planificación por objetivos y una de las referencias inexcusables para evaluar y acreditar estructuras con la introducción de estándares de calidad en los programas, procesos, resultados, y por tanto en las carteras de servicios.

– **Condicionantes de la utilización de los servicios:**

– **por la filosofía y política sanitaria general** (salud integral; salud mental versus enfermedad mental Baca⁹, etc), que vive momentos de cambio político ya que por una parte se plantea la necesidad de establecer un plan de salud “clave para determinar las prioridades sanitarias de una comunidad, ya que permite conocer minuciosamente las necesidades y los recursos que se tienen para cubrirlas, así como la definición de unos objetivos claros (o prestaciones básicas) en el plan de salud” (Martínez Aguayo), a la par que por otra se plantean recortes en las prestaciones asistenciales.

– **por la oferta asistencial en particular**, (accesibilidad, implantación en el territorio, desarrollo de la coordinación con el resto de dispositivos, desarrollo de los programas asistenciales, recursos humanos, etc.

– **por la eficiencia en la organización y gestión de los servicios** (Diego)¹⁰.

– **por las características sociodemográficas** de los distritos.

– **por las tasas de morbilidad existentes.**

Todo lo anterior a su vez, condicionará las prestaciones asistenciales y será condicionado por ellas.

En la actualidad, las **prestaciones asistenciales** se desarrollan en forma de **programas asistenciales**, los cuales a su vez intentan dar cobertura a la demanda de necesidades en los tres ámbitos en que se articula el funcionamiento de los S.S.M.: tareas de promoción y prevención, asistencia y rehabilitación, muy desigualmente realizadas en los distritos, en función de la inexistencia de planes rectores, diferencias de recursos, -diferencias poblacionales, etc., sin que existan criterios relativamente homogéneos en cuanto a funciones de los profesionales, perfiles de la demanda, protocolos de actuación y buena praxis, inexistencia de criterios diagnósticos consensuados, deficiente cumplimentación del registro de casos y actividades que hacen poco fiables los datos y entorpecen la necesaria evaluación, indicadores de frecuentación muy diferentes en distintos segmentos etarios así como interdistritos, etc.

De otra parte, la **alta prevalencia de patología psiquiátrica en la población**, y la fácil repercusión que sobre ésta tienen factores sociales (paro, inmigración, etc), además de que es una **patología con fácil tendencia a la cronicidad**, en la que desconocemos mayoritariamente sus causas (y por tanto resulta difícil hacer tareas de prevención eficaz), y en la que los tratamientos producen beneficios restringidos, son factores que van a incidir en la sobrecarga de la demanda asistencial y constituyen un elemento permanentemente desestabilizador de la oferta asistencial y desmotivador en los propios profesionales.

– **Posibilidades de abordaje desde los S.S.M.:**

El estudio Caring for a Community del Royal College of Psychiatry¹¹ plantea que un Servicio psiquiátrico comunitario precisa: –apropiada infraestructura y recursos –intervenciones efectivas –atención a la morbilidad oculta y a la sobrecarga de familias y cuidadores –coordinación entre dispositivos –cooperación interdisciplinar –equidad y proporcionalidad (los recursos ofertados deben ser proporcionales al grado de necesidad) –accesibilidad, adaptabilidad y responsabilidad –continuidad de cuidados.

En nuestro contexto, algunas **potenciales alternativas** a la situación descrita en el apartado anterior, deberán tener en cuenta:

- la **necesidad de establecer perfiles de demanda para atención especializada** en salud mental que se ajusten a determinados criterios de gravedad psicopatológica y complementario a ello, la necesidad también de establecer perfiles de intervención en Atención Primaria.
- la **necesidad de priorizar y hacer proporcionales ofertas asistenciales** a los casos que demandan, así como a aquellos otros, potencialmente graves, que tiendan a quedar marginados del sistema, y ésto, en una doble vertiente: tipo de intervenciones y plazos de ejecución.
- la importancia de **definir prestaciones asistenciales básicas** y hacer que sean operativas.
- la necesidad de **mantener una verdadera continuidad de cuidados** y por tanto delimitar prestaciones y flexibilizarlas según los cambios de necesidades, así como coordinarse eficazmente con otros dispositivos implicados, siendo necesario que cada uno de ellos tenga responsabilidades claras y delimitadas.
- la conveniencia de una **evaluación** de cada tipo de servicio, para asegurar su adecuación y para poder identificar áreas de necesidades no cubiertas.

1. CRITERIOS DE GRAVEDAD

1.1. CRITERIOS DE GRAVEDAD EN ADULTOS

Resulta prioritario que las prestaciones se concentren en las necesidades más importantes y uno de los parámetros que definirá éstas será el grado de gravedad de las patologías a tratar.

Entre los criterios de gravedad habrá que contemplar:

A. La gravedad diagnóstica.

B. La comorbilidad de distintas patologías, psíquicas o físicas.

C. El grado de discapacidad producido por la enfermedad (en cuya medición podrían tenerse en cuenta distintos niveles de cronicidad: I, II, III y IV, en relación a: autocuidado y salud; afrontamiento personal y social; autonomía personal y social; y tratamiento.

D. Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social (con especial atención a la repercusión sobre menores de edad, potencial heteropeligrosidad, etc).

E. Autopeligrosidad (riesgo suicida).

F. Precariedad o agravantes de la red social como factor que motive dificultades de contención; de facilitación de crisis; de obstáculos al tratamiento, etc.

G. Características de la demanda en relación con: nivel de sufrimiento, motivación, necesidad de ayuda, etc.

H. Tiempo de evolución del trastorno.

I. Complejidad de manejo terapéutico.

J. Aparición de los síntomas en etapas de especial relevancia evolutiva.

Estos criterios serían indicadores, que podrían cuantificar el nivel de gravedad. En cada uno de ellos se determinaría una escala de gravedad (intensa, moderada, mínima, inexistente) dando lugar a una puntuación total que generaría una priorización y especificidad de recursos.

A. Gravedad diagnóstica.

Una posibilidad sería la de intentar contemplarla diferenciada por grupos de edad:

– adultos:

- psicosis (a tener en cuenta ingresos y reingresos hospitalarios)
- depresiones mayores
- trastornos neuróticos severos
- crisis adaptativas severas
- alcoholismo y adicciones severas
- trastornos alimentarios graves

- patologías refractarias a tratamiento adecuado en At. Primaria

combinado o no con:

- situaciones o grupos de riesgo (que se definirán en poblaciones diana)

– tercera edad:

- psicosis de aparición tardía
- depresiones (a valorar mayor riesgo suicida)
- sintomatología psiquiátrica secundaria a demencias
- patologías refractarias a tratamiento adecuado en At. Primaria

combinado o no con:

- situaciones o grupos de riesgo (que se definirán en poblaciones diana)

Grantham⁶ plantea cinco criterios para identificar una necesidad: urgente/no urgente; crisis/proceso; voluntario/no voluntario; con/sin peligrosidad; funcional/orgánico, que permiten establecer una división entre necesidades urgentes y no urgentes.

B. Comorbilidad de distintas patologías psíquicas o físicas.

Los estudios ECA y NCS (Howard¹²) señalan la alta comorbilidad de los trastornos psiquiátricos (entre el 60-56%). Sobre todo:

- esquizofrenia + abuso de alcohol y/o drogas
- alcoholismo + depresión
- ansiedad + depresión
- ansiedad + alcoholismo
- ansiedad + fobias

C. Grado de discapacidad.

Podían ser aplicables los criterios de cronicidad seguidos ya en varias Áreas y que contemplan cuatro grupos de crónicos (I, II, III y IV), según el anexo I.

Hay varios métodos que intentan medir las necesidades de los usuarios, como por ejemplo el MCR needs for care assesment de Brewin¹³ que identifica 20 tipos de necesidades potenciales en pacientes con trastorno mental severo y que considera que existe un promedio de 5, 27 necesidades de tipo clínico y social en cada uno.

Quizás el más completo es el método LONCA (Uehara y otros¹⁴, que identifica 10 tipos de necesidades llave repartidas entre tres áreas de funcionamiento, físico, social y psicológico.

D. Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social.

En el medio familiar se valorará en función de la necesidad de cuidado que deba aportar dicho medio y la

consecuente sobrecarga para él, (y en especial para la cuidadora, madre preferentemente) con el consiguiente riesgo de perjuicio de su propia salud psíquica; el riesgo de heteropeligrosidad; el riesgo para el desarrollo psicológico de los menores que convivan en el mismo entorno, etc.

Igualmente se valorará la expresividad emocional familiar, y su repercusión sobre el paciente.

En el medio social, se valorará el riesgo de heteropeligrosidad.

E. Autopeligrosidad.

Se valorará el riesgo suicida. En caso de existir, se valorará el nivel de riesgo según haya habido tentativas anteriores o no, la gravedad de las que hubieran existido, su número, etc.

F. Soporte social.

Se valorará la red social (formal e informal), su amplitud, intensidad, etc.

G. Características de la demanda.

Se valorará si es voluntaria o involuntaria; urgente o no urgente; se diferenciará entre paciente y demandante.

Se valorará el nivel de sufrimiento personal o del entorno que el trastorno motiva, la motivación para el tratamiento y la necesidad de ayuda del paciente, así como las expectativas de resultados (irreales a veces), en cuanto a una mejor precisión de la indicación terapéutica, tanto más si ésta fuera de tipo psicoterapéutico (se considerará en el apartado de las prestaciones básicas las características que pueden tener, con la demanda y recursos actuales, las intervenciones psicoterapéuticas que se oferten).

H. Tiempo de evolución del trastorno.

En general y por ser más efectivos los tratamientos de que disponemos, los casos más agudos tendrán preferencia sobre los más crónicos, aunque valorando en éstos la necesidad de intervenciones rehabilitadoras de potenciales discapacidades.

I. Complejidad del tratamiento.

Se valorará el tipo de prestaciones que el problema requiere, la simultaneidad y/o secuenciación de ellas, sus posibilidades reales de aplicación, el nivel de coordinación entre servicios que requieren, etc.

J. Repercusión de los síntomas en etapas de especial relevancia evolutiva.

Este apartado se refiere fundamentalmente a población

infanto-juvenil, anciana, o afectada por cambios de estado, que atraviesa por situaciones de crisis y en la que una mala resolución de ésta podría tener repercusiones graves futuras.

1.2. BAREMACIÓN DE LOS CRITERIOS DE GRAVEDAD EN ADULTOS

Agrupación de éstos criterios en 4 grupos que atiendan a factores: clínicos, psicosociales, de discapacidad, y los relacionados con características de la demanda y complejidad del tratamiento (prestaciones).

A. Factores clínicos

Incluirían los dependientes del diagnóstico, comorbilidad, peligrosidad y tiempo de evolución.

En su conjunto deberán alcanzar al menos 2 puntos para recibir atención especializada.

A.1. Diagnóstico:

Según la gravedad diagnóstica ésta sería:

1. intensa (3 puntos): incluiría los diagnósticos de psicosis funcionales y orgánicas, estados paranoides, estrés posttraumático tras violaciones, abusos sexuales, maltrato, agresiones, etc, trastornos alimentarios graves, trastornos neuróticos graves, sea cual fuere su categoría (crisis de angustia de repetición e invalidantes, trastornos obsesivo-compulsivos, crisis histéricas graves), alcoholismo y adicciones severas, crisis emocionales adaptativas graves, etc.

2. moderada (2 puntos): trastornos depresivos no psicóticos, trastornos neuróticos de menor gravedad, trastornos adaptativos, trastornos de personalidad, adicciones no severas, etc.

3. mínima (1 punto): conflictos de pareja, sexológicos, enuresis, retardos selectivos, etc.

4. inexistente (0 puntos): ausencia de psicopatología.

A.2. Comorbilidad:

Según los tipos de comorbilidad, ésta sería:

1. intensa (2 puntos): con otras patologías psíquicas y físicas.

2. moderada (1 punto): con otras patologías psíquicas o físicas.

3. inexistente (0 puntos): sin comorbilidad.

A.3. Peligrosidad:

Si existe auto y/o heteropeligrosidad, ésta sería:

1. **intensa (3 puntos):** si existe riesgo importante de tipo suicida y/o de heteroagresión grave, con antecedentes anteriores.
2. **moderada (2 puntos):** si existe riesgo importante de cualquiera de ellas, sin antecedentes anteriores.
3. **mínima (1 punto):** si existe riesgo o conductas de cualquiera de ellas en forma de amenazas.
4. **inexistente (0 puntos)**

A.4. Tiempo de evolución:

Priorizando los casos agudos:

1. **casos agudos (1 punto):** brotes, fases, crisis.
2. **casos crónicos (0 puntos):** procesos, desarrollos, trastornos estructurales.

B. Factores psicosociales

Dentro de los cuales incluiríamos los dependientes de situaciones y/o grupos de riesgo por una parte y los dependientes de las características de la red social, así como la repercusión sobre el entorno (o del entorno).

B.1. Incluidos en grupos y/o situaciones de riesgo:

1. en grupos y situaciones (2 puntos)
2. en grupos o situaciones (1 punto)
3. no incluidos (0 puntos)

B.2. Características de la red social:

1. red social formal e informal escasa (3 puntos)
2. red social formal escasa (2 puntos)
3. red social informal escasa (1 punto)
4. buen soporte social (0 puntos)

B.3. Repercusión sobre el entorno familiar:

1. por riesgo físico o psicológico (1 punto)
2. inexistente (0 puntos)

C. Factores derivados de las secuelas de la enfermedad. Grado de discapacidad

Valorado en 4 niveles de cronicidad, según el deterioro de las cuatro áreas consideradas: autocuidado y salud;

afrentamiento personal y social; autonomía personal y social; y tratamiento. (Ver anexo I)

1. Nivel IV de cronicidad (4 puntos)
2. Nivel III de cronicidad (3 puntos)
3. Nivel II de cronicidad (2 puntos)
4. Nivel I de cronicidad (1 punto)

D. Factores derivados de las características de la demanda y complejidad de manejo terapéutico**D.1. Características de la demanda:**

1. involuntaria (1 punto)
2. voluntaria (0 puntos)
3. urgente (1 punto)
4. no urgente (0 puntos)
5. con motivación al tratamiento (1 punto)
6. sin motivación al tratamiento (0 puntos)

D.2. Complejidad de manejo terapéutico:

1. Usuarios que precisan servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales (4 puntos)
2. Usuarios que precisan servicios sanitarios y sociosanitarios (3 puntos)
3. Usuarios que precisan servicios sanitarios:
 - hospitalarios y ambulatorios (2 puntos)
 - ambulatorios (1 punto)
4. Usuarios que precisan servicios sociales (0 puntos).

(SOBRE UN MÁXIMO DE 25 PUNTOS EN ESTA HIPOTÉTICA ESCALA, EL PUNTO DE CORTE PARA SER ATENDIDO EN LOS S.S.M. SERÍA DE 6 EN ADELANTE)

1.3. CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: INCLUIRÁN FACTORES DERIVADOS DE:**A) Diagnóstico clínico.**

Siguiendo la clasificación francesa, las categorías clínicas de Base (R. Misi)¹⁵, serían:

- Psicosis.
- Alteraciones Neuróticas.
- Trastornos de la personalidad.
- Alteraciones reactivas.
- Alteraciones con expresión somática y/o comportamental.
- Adicciones.
- Deficiencias mentales.
- Alteraciones de las funciones instrumentales.

B) Comorbilidad.

La comorbilidad de distintas patologías situaría al chico en una posición de mayor dificultad para enfrentar e integrar las situaciones de cambio y abundarían en un peor pronóstico.

C) Tipo, duración, cantidad e intensidad de síntomas.

El tipo, duración, cantidad e intensidad de síntomas, en relación a una determinada edad y población marcará una línea diagnóstica entre la normalidad y la patología.

D) Ámbito donde se produce la principal inadaptación del sujeto (personal-familiar-escolar-social).

En principio, cuanto más ámbitos queden implicados y más generalizada sea la inadaptación mayor será la gravedad de la patología y más compleja la intervención a realizar.

E) Vulnerabilidad.

Serían aquellos factores con cuya presencia, la fragilidad del sujeto sería mayor, por lo que el chico sería más susceptible de sufrir una enfermedad mental. Estos factores en sí mismos no constituyen enfermedad, pero predisponen a un menor aporte de los recursos personales y relacionales necesarios para un buen funcionamiento del sujeto.

Factores de vulnerabilidad:

- Presencia de factores orgánicos significativos prenatales, perinatales o postnatales. Enfermedades de origen genético o congénito. Enfermedades y afecciones invalidantes. Convulsiones. Enfermedades somáticas.
- Presencia de trastornos mentales o perturbaciones psíquicas comprobadas en la familia (antecedentes, y/o presentes).
- Carencias afectivas, educativas, sociales, culturales.

- Malos tratos y negligencias graves.
- Acontecimientos que entrañan ruptura de lazos afectivos (hospitalización, muerte de un familiar significativo, ruptura de cuidados,...)
- Contexto socio-familiar particular (gemelidad, acogimiento-adopción, separación de los padres, inmigración, enfermedad orgánica grave de alguno de los padres). Los factores anteriores se pueden dar en el momento presente o anterior a cuando se realiza la consulta.

F) Estructura familiar.

Dado que la aparición de psicopatología en la infancia es con amplia frecuencia un emergente de la patología familiar, la valoración de ésta se debe considerar de forma primordial, tanto a nivel diagnóstico como pronóstico.

Si tenemos en cuenta el carácter evolutivo de esta etapa y la característica dependencia de otras personas ligada a lo anterior, la aparición de elementos en la familia que contribuyan o desfavorezcan un buen desarrollo del chico va a ser fundamental a la hora de valorar la gravedad de la situación ante la que nos encontramos.

1.4. BAREMACIÓN DE CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El concepto de gravedad en la infancia y adolescencia estará ligado a la mayor o menor posibilidad de que quede comprometido el desarrollo evolutivo global del sujeto (pronóstico).

Por todo lo anterior y debido a la variedad de factores que intervienen en favorecer o propiciar un mejor desarrollo del sujeto, no se puede realizar una valoración centrada únicamente en elementos individuales, sino que inevitablemente deberemos evaluar en el mismo rango, las características del contexto del que depende para su adecuado funcionamiento.

Cualquier categoría clínica puede ser calificada con un criterio de gravedad intenso en función de la posibilidad en que quede dificultado o comprometido el desarrollo evolutivo posterior, es decir el pronóstico. En orden práctico se podrían puntuar con:

3 puntos: Situaciones de mal pronóstico que requieren un manejo terapéutico complejo, incluyendo contención de la estructura familiar y búsqueda de elementos educativos o sociales compensatorios.

2 puntos: Situaciones en las que siendo desfavorable el pronóstico inicial y requiriendo tratamiento, se cuenta con mayor capacidad colaborativa familiar (posibilidad de hacerse cargo de las necesidades del chico y cierta motivación al cambio).

1 punto: Situaciones en las que se cuenta con buen soporte familiar y recursos individuales adecuados, pero que requieren intervención terapéutica para poder realizar un pronóstico favorable.

0 puntos: Situaciones que no requieren intervención especializada, en las que se cuenta con los recursos personales y familiares adecuados para la superación de las crisis normalizadas de la infancia y adolescencia.

Cualquiera de las situaciones que conlleve una puntuación superior a 0, puede ser susceptible de tratamiento especializado.

2. POBLACIONES DIANA

Habría que diferenciar estas poblaciones diana con necesidades prioritarias en **dos grandes grupos**:

- las que tienen que ver con necesidades expresadas (utilización de los servicios)
- las que tienen que ver con necesidades ocultas (colectivos que no acceden a los servicios, bien por automarginación, o por dificultades de accesibilidad o limitación de las prestaciones)

La detección de poblaciones en riesgo permite que el S.S.M. pueda iniciar el contacto sin esperar la demanda (los Servicios sociales y la Atención Primaria son lugares privilegiados para que esta detección sea posible por lo que una adecuada coordinación entre el S.S.M. y estos dispositivos es ineludible).

Grupo de riesgo sería el conjunto de personas que en virtud de su condición biológica, social o económica, de su conducta o ambiente, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de estados de salud deficientes.

Las embarazadas, los individuos muy jóvenes, los emigrantes, viejos y los pobres son especialmente vulnerables.

2.1. POBLACIONES DIANA CON NECESIDADES EXPRESADAS

Necesidad de diferenciarlas cuantitativa y cualitativamente.

- **Cuantitativamente:** preferentemente son mujeres en la edad media de la vida, con trastornos adaptativos y/o trastornos afectivos "menores", con demanda sobretudo de tratamientos psicológicos, y muchas veces problemas psicosociales codeterminantes del trastorno con escasas posibilidades de abordaje, pero que conllevan un cierto nivel de sufrimiento personal y

repercusión sobre los hijos. En estos casos, que consumen muchos servicios, convendría delimitar prestaciones y técnicas de intervención psicoterapéuticas, así como potenciar modalidades grupales de autoayuda.

- **Cualitativamente:** patologías que cumplan los criterios de gravedad definidos previamente.

2.2. POBLACIONES DIANA CON NECESIDADES OCULTAS

- **En lo que concierne a tasas de morbilidad:** Ya que hay que tener en cuenta que según los estudios ECA y NCS entre el 70-80% de las personas con algún tipo de desorden psiquiátrico, no consultan. Hay que valorar la alta prevalencia de trastornos depresivos (más en mujeres); alcoholismo (necesidad de no solapar programas); esquizofrenias, etc.

- **En lo que concierne a grupos de riesgo:** Colectivos más vulnerables y/o que por su menor capacidad o menor disposición a pedir ayuda, tienen el riesgo de quedar fuera del sistema (los niños, la población marginal y los pacientes con trastorno mental severo, sobretudo psicóticos crónicos, debiendo en general potenciar su detección por servicios sociales).

- **En lo que concierne a crisis evolutivas** (situaciones de riesgo), diferenciándolas por grupos de edad¹⁶:

infanto-juvenil:

- embarazo adolescente
- hijos de padres con antecedentes psiquiátricos graves
- maltrato, abusos sexuales
- enfermedades físicas de repetición y/o ingresos hospitalarios
- pérdida padres

adultos:

- embarazo y puerperio
- pérdidas (familiares, laborales)

tercera edad:

- pérdidas psicofísicas
- pérdidas familiares

3. PRESTACIONES BÁSICAS EN LOS S.S.M.

3.1. DEFINICIÓN

Serían aquéllas:

- dirigidas a atender las necesidades prioritarias (expresadas y ocultas) en salud mental de la población diana que reúna los criterios de gravedad preestablecidos
- que se han demostrado eficaces en su práctica
- que el sistema sanitario se compromete a poner al alcance de la población en condiciones de equidad
- y para las que está dispuesto a generar los recursos necesarios.

3.2. CONSIDERACIONES GENERALES

Sobre la base de que las prestaciones básicas deberán priorizarse en los casos y grupos señalados en los apartados 1 y 2 anteriores (criterios de gravedad y poblaciones diana), podríamos diferenciarlas en:

- **prestaciones específicamente sanitarias:** en las que concurren modalidades propias de la atención especializada y otras, que siendo propias de la atención primaria como es el caso de la atención domiciliaria, se consideran imprescindibles para proporcionar una adecuada continuidad de cuidados.
- **prestaciones complementarias de soporte social y apoyo comunitario,** que deberán ser planificadas y coordinadas con otros dispositivos implicados.
- **evaluación de las prestaciones** en cuanto a su idoneidad (eficacia), eficiencia (relación beneficio/costo) e impacto sobre la calidad de vida del paciente.

3.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS

3.3.1. Principios rectores:

Se regirán por principios que procuren una:

- fácil accesibilidad (Woodward¹⁷, Frank¹⁸ (eliminando

barreras de tipo geográfico (por lejanía), temporal (disponibilidad de horarios), físicas, informativas (falta de conocimiento de la existencia de los servicios), actitudinales (rechazo a grupos minoritario-marginales), burocráticas (listas de espera excesivas), dificultades para derivaciones, etc.

- información al usuario y personalización en el trato (ya que en las expectativas de los usuarios (Martínez O.¹⁹, los aspectos relacionados con la profesionalidad y calidez en el trato son los más esperados y los que de no producirse tienden a generar abandonos e insatisfacción con el servicio)
- idoneidad respecto de las necesidades en términos de:
 - adecuación
 - efectividad
 - temporalización (frecuencia y duración)
 - eficiencia
 - continuidad de cuidados

3.3.2. Planificación:

Se identificarán respecto de grupos de usuarios y/o necesidades ocultas, seleccionando las prestaciones adecuadas a cada caso y facilitando su aceptabilidad por el paciente.

Los programas asistenciales vigentes actualmente, deberían adaptarse a diferentes grupos de problemas y usuarios, definidos en la población diana, tales como frequentadores de los servicios, población con necesidades ocultas que no acuden a los servicios, enfermos severos, etc.

Respecto de ellas se determinará cuáles deben ser, quien debe prestarlas, donde deben prestarse, con qué frecuencia y qué duración deben tener.

3.3.3. Modalidades de intervención:

Incluirán todas aquellas intervenciones disponibles en función de recursos con posibilidades de utilización concreta, con las que alcanzar los objetivos que se planteen, que lógicamente buscarán dar respuestas a las necesidades.

Deberá haber una cierta protocolización de las intervenciones que contemple: el diagnóstico individual y del contexto, objetivos claros, calibrados y evaluables y temporalización de pasos, fases y evaluaciones.

La Clasificación Internacional de cuidados en salud mental de Giel (Corcés V)²⁰, enumera diez tipos de intervenciones en relación a:

- establecimiento del contacto y su mantenimiento
- valoración funcional y del problema
- coordinación de la atención
- cuidado de la salud general
- hacerse cargo de las actividades de la vida diaria
- intervenciones psicofarmacológicas
- intervenciones psicológicas
- (re)educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales
- actividades diarias
- intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros

Distintos trabajos (Cormier H²¹, Levin G²², Grusky O²³, Cutler D²⁴, identifican una serie de servicios base y hay estudios que han intentado relacionar la indicación de

su empleo (según las necesidades que los pacientes tienen) con su disponibilidad, planificación, oferta y uso.

Entre las diferentes necesidades asistenciales de los usuarios, y según los trabajos revisados, las de tratamiento psicofarmacológico (entre el 50-80% de los casos), tratamientos psicoterapéuticos (entre 60-70% de los casos), recursos de rehabilitación, tanto a nivel residencial como social, (que oscilan entre el 10-40% de los casos), y hospitalización breve (5% de los casos), son las más frecuentes.

3.3.4. Ámbito de aplicación:

Se realizarán en los Servicios (Recursos) adecuados.

4. TIPOS DE SERVICIOS

A. SERVICIOS PARA ADULTOS

1. Servicios (Recursos) Sanitarios

Serán los encargados de ofertar las siguientes prestaciones:

1.1. De salud general (cuidados físicos)

1.1.1. Ambulatorios

1.1.2. Hospitalarios

1.2. De atención especializada en salud mental

1.2.1. Ambulatorios

- valoración, orientación y seguimiento
- intervenciones psicofarmacológicas
- intervenciones psicoterapéuticas regladas y consultas terapéuticas
- atención domiciliaria
- soporte a las familias
- tutoría de casos (case management)
- intervenciones de tipo rehabilitador

1.2.2. Hospitalarios

- urgencias
- UHB
- hospital de día
- unidades residenciales de rehabilitación estructurada
- unidades residenciales de larga estancia (cuidados sanitarios y rehabilitadores)

2. Servicios de Rehabilitación Comunitaria Específicos

2.1. Rehabilitación comunitaria

2.1.1. Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

2.1.2. Centros de día

2.1.3. Alojamientos comunitarios

- pensiones tuteladas

- pisos protegidos
- casas a medio camino
- miniresidencias

2.1.4. Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Ayuda a la búsqueda de empleo

2.1.5. Soporte a las familias

3. Servicios de Rehabilitación Comunitaria Normalizados

3.1. Servicios Sociales

- recursos normalizados (culturales, deportivos)
- ayuda a domicilio
- ayuda económica
- plazas residenciales para mayores de 65 años en residencias asistidas y no asistidas

3.2. Asociación de familiares

3.3. Voluntariado

B. SERVICIOS INFANTO-JUVENILES (POBLACIÓN ENTRE 0-17 AÑOS)

C. SERVICIOS PSICOGERIÁTRICOS (POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS)

D. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS

La coordinación entre dispositivos asistenciales es un aspecto crucial en el funcionamiento de los S.S.M. y es un requisito esencial para la provisión de servicios, así como para asegurar la continuidad de cuidados.

Grusky²³ señala la existencia de una correlación positiva entre número de servicios ofertados, cobertura, calidad de la atención y coordinación entre servicios.

En nuestro contexto debe tratarse de que exista una clara delimitación de actuaciones y responsabilidades entre los distintos niveles asistenciales sanitarios (primera, segunda y tercera líneas), sociales, y de rehabilitación.

Ha de conseguirse que existan objetivos comunes entre distintos dispositivos (tanto a nivel de Área como de Dis-

trito) tanto en forma de actuaciones concretas dentro de un programa, como en la propia elaboración de programas (por ejemplo programa del niño sano), e incluso de planes integrales.

Todo ello, para obviar que se produzcan solapamientos de programas, interferencias y descoordinación en las intervenciones, discontinuidad de cuidados, elusión de responsabilidades, etc.

A. SERVICIOS PARA ADULTOS

1. Servicios sanitarios

1. 2. Servicios sanitarios de atención especializada en salud mental

1.2.1. Ambulatorios (Servicios de Salud Mental de Distrito)

Recursos

Muy distintos trabajos demuestran la necesidad de unos mínimos recursos humanos en los Servicios de Salud Mental de Distrito (González Chavez²⁵, Beeson P²⁶, etc), que oscilan, para una población de 100.000 habit. y unos indicadores de incidencia de alrededor del 1% y prevalencia de un 3.2%, entre 5 psiquiatras, 4 psicólogos, 2 T. sociales y 3 ATS., además del correspondiente apoyo administrativo.

Prestaciones básicas

1.2.1.1. Valoración, orientación y seguimiento

Si en el 76% de los casos está indicado (Cormier)²¹, es de especial indicación en los pacientes que por diversas razones tengan una dificultad de adherencia al tratamiento.

El proceso de evaluación va a ser determinante para el correcto diagnóstico, consecuentemente para la(s) indicación(es) terapéuticas y para establecer una alianza terapéutica. Por tanto, el trato prestado, la información a pacientes y familiares si se precisa, facilitar la aceptabilidad del tratamiento, etc, serán factores a tener especialmente en cuenta en esta prestación.

De especial indicación será la existencia del tutor o gestor del caso en los pacientes en que se determine esta necesidad.

Podría ser de interés incluir un protocolo asistencial (ver anexo II).

1.2.1.2 Intervenciones psicofarmacológicas

De desigual necesidad según autores (Levin en el 42%, Cormier en el 94%). En todo caso, debe hacerse un uso racional del medicamento.

1.2.1.3 Intervenciones psicoterapéuticas

En sus distintas variantes, también tienen una muy desigual necesidad según distintos estudios, pero es una de las prestaciones que corre mayor riesgo de colapsarse en la situación actual de funcionamiento de los S.S.M. o de realizarse con unos criterios de calidad muy deficientes.

Con fines prácticos, podría ser oportuno diferenciarlas entre intervenciones regladas y consultas terapéuticas.

No sólo el incremento de su demanda y los recursos limitados de que se dispone, sino la especificidad de los objetivos a cumplir aconsejan discriminar lo más adecuadamente posible su necesidad, valorando en su indicación no sólo el diagnóstico clínico, sino el de estructura de la personalidad, sus vulnerabilidades y factores de riesgo y la situación social, tanto a nivel de acontecimientos vitales desestructurantes como de soporte social y redes de apoyo, teniendo muy presente la realidad social del paciente (Tizón)²⁷.

Sería necesario tratar de definir criterios orientativos de intervención psicoterapéutica y en lo que concierne a psicoterapias regladas, deberían considerarse la edad del paciente, su motivación (reconocimiento de la naturaleza psíquica del síntoma, presión del sufrimiento, deseos de cambio, etc), la capacidad de expresión de las emociones, gravedad de la patología, tiempo de evolución del trastorno, etc.

Las intervenciones psicoterapéuticas con un encuadre preestablecido en términos de tiempo, etc., creemos que solo pueden alcanzar, con los recursos actuales, a un 10-15% del total de los casos en tratamiento "psicoterapéutico", y esto entendiendo dichas intervenciones limitadas en el tiempo.

Quizás fuera preciso identificar tiempos asistenciales dedicados a una u otra modalidad de intervención.

1.2.1.4. Intervención domiciliaria

Bien para evaluación psicopatológica o para control y seguimiento terapéutico.

Las indicaciones para este tipo de atención vendrán determinadas por: los profesionales que las detecten; demandas familiares en casos que concurren limitacio-

nes físicas; demandas suficientemente contrastadas de otros servicios comunitarios; o por orden judicial.

1.2.1.5. Soporte a las familias

Actividades (grupo-terapéuticas, de ayuda mutua, de información, orientación y descarga) encaminadas a: obtener el máximo apoyo del entorno familiar hacia el paciente, y de protección de la posible sobrecarga familiar que suponga la patología del paciente, con especial atención de la figura del cuidador(a) principal así como de los menores.

De forma complementaria y en coordinación con otros dispositivos (servicios sociales, asociaciones de familiares, etc) se orientarán hacia éstos las ayudas precisas de otro tipo (ayuda a domicilio, ayudas económicas, educadores de familia, etc).

1.2.1.6. Tutoría de casos (*case management*)

La figura del tutor como gestor de las necesidades del caso, responsable de la continuidad de cuidados y potenciador de las capacidades y recursos personales (Intagliata²⁸, Scheffler²⁹, Blank³⁰).

1.2.1.7. Intervenciones de tipo rehabilitador

Desarrollando actividades grupales de tipo psicoeducativo, resocializador, etc, incardinadas en el programa de rehabilitación de distrito.

1.2.2. Servicios hospitalarios

1.2.2.1. Urgencias

Servicio de urgencias de atención psiquiátrica durante las 24 horas, en estrecha coordinación con los servicios ambulatorios de atención especializada con derivación preferente de los casos que lo precisen e información del movimiento habido en él.

Sin descartar la posible existencia de diversas modalidades de atención a urgencias tales como servicios telefónicos, ambulatorios, en hospital de día, etc, creemos beneficiosa su ubicación en el ámbito de un hospital general como medio que facilite de inmediato exploraciones complementarias necesarias.

1.2.2.2. Unidades de hospitalización breve

Recursos

En cuanto a las necesidades de camas de hospitalización breve, y aceptando que las tasas de hospitalización son interdependientes de otros factores, como por ejemplo las tasas de morbilidad y la mayor o menor deprivación social existente y que una buena coordina-

ción con los S.S.M. reducirá los ingresos inadecuados y disminuirá los tiempos de estancia (Huxley 1992)¹¹, no pueden estar por debajo de 12 por 100.000 habitantes, muy lejos de las 22 por 100.000 habit. que propone Beeson (1983) o de las 50 por 100.000 habit. en USA, etc. y que no deben incluir las necesidades específicas de hospitalización breve de niños y adolescentes en dispositivos específicos para ellos.

Prestaciones

Atención a crisis, episodios, descompensaciones, etc, que en razón de su imposibilidad de abordaje ambulatorio por entrañar riesgos, existir refractariedad al tratamiento, o inexistencia del adecuado soporte sociofamiliar, requieren de ingreso hospitalario. Junto a lo anterior, debe contemplarse también la posibilidad de ingreso para estudio diagnóstico.

Entre sus objetivos estaría el conseguir la más pronta recuperación en el plazo más breve posible, para un inmediato seguimiento por los S.S.M., o en su defecto, la descarga a otros dispositivos de media estancia u otras estructuras intermedias, para evitar el colapsamiento de dichas unidades y ser consecuentes con el principio de atención flexible a las necesidades (Bridge 1994, Huxley 1992)¹¹.

1.2.2.3. Hospitalización parcial (*Hospitales de día*)

Recursos

Las necesidades oscilan alrededor de 19 plazas por 100.000 habitantes adultos (Beeson²⁰, IRES²⁵), etc.

Prestaciones

Como alternativa a la hospitalización psiquiátrica de casos agudos, (Creed y Kuiter¹¹) opinan que los hospitales de día podría tratar hasta un 30-40% de casos que ingresan de urgencia en los hospitales; como estructura que proporcione soporte, supervisión y monitorización en la transición de casos desde el hospital al domicilio; como recurso para pacientes crónicos discapacitados; como recurso que proporcione tratamientos intensivos en trastornos severos.

1.2.2.4. Unidades residenciales de rehabilitación estructurada y Unidades de soporte de larga estancia

Recursos

Las necesidades son muy variadas según los diversos estudios, oscilando alrededor de entre 80 y 100 camas por 100.000 habit. (Pirella 1987)²⁵, Beeson²⁰, Randolph³¹. González Chávez opina que los recursos no

pueden ser menos de entre 30-60 camas por 100.000 habitantes.

Prestaciones

Encaminadas a dar respuesta a las necesidades de los pacientes que precisan de entornos estructurados residenciales, no pueden vivir en estructuras intermedias en la comunidad y precisan de abordajes prolongados de tipo de rehabilitador y/o asistenciales sanitarios.

2. Recursos de Rehabilitación comunitaria específicos

Recursos

2.1. Rehabilitación comunitaria

2.1.1. CRPS (al menos 8 plazas/100.000 hab.)

2.1.2. Centros de Día.

2.1.3. Alojamientos en la comunidad

- Pensiones tuteladas
- Miniresidencias
- Alojamientos en familias
- Casas de transición

Randolph³¹ en su trabajo sobre las necesidades de alojamientos en 5.038 casos estudiados en el estado de Hawái, menciona que el 28% de ellos los requieren y de éstos, el 41% en forma de pensiones tuteladas, el 21% en casas de transición, el 8% en pisos de entrenamiento, el 15% en miniresidencias y el 15% en unidades residenciales de larga estancia.

Prestaciones

Todas aquellas encaminadas a:

- prevenir o reducir el deterioro y la discapacidad social
- restaurar las habilidades potenciales
- reforzar las habilidades existentes
- facilitar la adaptación psicológica y social
- posibilitar los más óptimos niveles de funcionamiento
- minimizar la carga de los sistemas de soporte primarios (familia), o como alternativa a su inexistencia.

En todos los casos y junto a la provisión de alojamiento, la continuidad de cuidados se preocupará de facili-

tar el entorno en el que viven, facilitando el acceso a actividades normalizadas, centros de día, etc, así como la mejor calidad de vida posible (Rosenfield³², Desviat³³).

Se precisaría de una clara información sobre los recursos disponibles, claros criterios de selección de los posibles residentes, así como de nuevas necesidades y de los estándares de cuidado (Griffiths 1988, Wagner 1988¹¹).

2.1.4. Ayuda a la búsqueda de empleo y actividades

A realizar por Centros específicos tales como los propios CRPS o CRL en tareas que impliquen una rehabilitación de habilidades necesarias, en estrecha relación con otros dispositivos (IMAFE, INSERSO, etc).

En cuanto al desarrollo de actividades, el papel del voluntariado debe ser clave.

2.1.5. Soporte a las familias

Proporcionando:

- información de la enfermedad
- consejo y ayuda tanto en los problemas diarios como en las crisis
- buscando la colaboración de ellas en el proceso del tratamiento
- descarga
- grupos de autoayuda

3. Recursos de Rehabilitación comunitaria normalizados

3.1. Servicios Sociales

Recursos

Los habilitados por los Servicios Sociales en sus programas de reinserción, debiendo exigirse que éstos sean efectivamente implementados.

Prestaciones • facilitar acceso a diferentes centros ocupacionales (culturales, deportivos, etc) • proporcionar ayuda a domicilio • facilitar ayudas económicas • plazas residenciales para mayores de 65 años en residencias asistidas y no asistidas.

3.2. Asociaciones de familias

3.3. Voluntariado

B. SERVICIOS INFANTO-JUVENILES

Se calcula que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en esta población está entre el 7-20%.

La atención a esta población requiere si cabe aún más de una estrecha coordinación entre todos los dispositivos implicados.

La prevención de las patologías en esta población debe ocupar una parte importante del trabajo destinado a ella, procurando una detección precoz de los niños que estén en grupos o situaciones de riesgo, una intervención precoz en posibles casos de malos tratos, o en hijos de pacientes psiquiátricos, etc. Por otra parte, sería importante también la inclusión en el protocolo del niño sano de aspectos evolutivos del desarrollo psíquico a ser vigilados en los controles pautados.

La atención ambulatoria se realizará a través de los programas específicos llevados a cabo en los Servicios de Salud Mental de Distrito, por equipos específicos con la suficiente especialización en este campo.

Las necesidades de hospitalización en unidades de agudos, deben ser cubiertas según los siguientes estándares:

2-4 camas de niños por 250.000 habit. y 4-6 camas de adolescentes, para la misma población.

Igualmente, las necesidades de hospitalización parcial deben ser cubiertas con los estándares adecuados.

C. SERVICIOS PSICOGERIÁTRICOS

El progresivo envejecimiento de la población, la alta prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos, la frecuente comorbilidad de patologías físicas y psíquicas y las especiales circunstancias socioeconómicas de esta etapa en la vida, exigen el desarrollo de programas específicos comunitarios en los que las facilidades de acceso a los servicios especializados y la estrecha coordinación entre los equipos de atención primaria, especializada, de servicios sociales y voluntariado, proporcionen una adecuada cobertura.

Se calcula que las necesidades de camas de agudos son de 2 camas por mil habitantes mayores de 65 años; las de hospital de día de 2-3 plazas por mil habitantes mayores de 65 años y las plazas residenciales de otras 3 camas por mil habitantes mayores de 65 años.

5. ESTÁNDARES DE CALIDAD

Resulta muy difícil estimar los estándares de calidad de las prestaciones (Lebow³⁴, Zusman³⁵, Schulberg³⁶, Mc Auliffe³⁷, Bacharach³⁸, Eisenberg³⁹, Torres⁸). Ningún método de medida de resultados puede reflejar la compleja naturaleza de los efectos que el servicio puede tener sobre los usuarios y por tanto del resultado de las prestaciones (Lavender⁴⁰).

No obstante, muy distintos métodos en forma de programas de evaluación, calidad de los servicios, etc, han sido investigados (Donabedian⁴¹), Gibbons (1987⁴⁰), Rennebohm (1989⁴⁰), Leiper y Lavender (1989⁴⁰).

Otros trabajos intentan definir estándares básicos, tales como el PASS (Program Analysis of Service System). Dentro de este intento se puede considerar el estudio sobre Good Practices in Mental Health (Sayce⁴²), etc, que tienen como problema la dificultad de definir criterios claros y el riesgo de aplicar estándares irreales.

Algunos recientes estudios (Lavender 1994) han desarrollado un sistema que denominan QUARTZ, que aplica un complejo sistema de evaluación de calidad que incorpora varias escalas (de recursos, coordinación con dispositivos, método de trabajo y provisión de servicios).

Por lo que respecta a la población diana con necesidades ocultas, sus necesidades deberían ser objeto de estudio en cada uno de los distritos.

Por lo que respecta a la población diana con necesidades expresadas debe pactarse con quien corresponda criterios de perfil de la demanda, indicadores precisos de frecuentación, ratios asistenciales, modalidades de intervención asistencial, frecuencia, duración global, etc.

A nuestro entender, deberían existir protocolos de buena praxis que orientaran respecto de las prestaciones básicas precisas (ver anexo II).

De forma general, habrá que considerar tres grandes apartados:

1. LA CANTIDAD DE SERVICIOS OFERTADOS

En estrecha relación con las necesidades detectadas y con los recursos que el sistema proporciona (Kates⁴³).

En el Pla de Serveis Individualitzat de Catalunya⁴⁴, el paquete de servicios de una zona determinada estará

previamente definido así como la entidad proveedora de cada uno de ellos, y para cada servicio se definirán unos estándares de calidad que constarán en el contrato de compra de servicios.

2. LA ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS CON LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LA COMUNIDAD

Woff (1992)¹¹ describe un modelo de planificación de los servicios, que va a depender de:

- una definición de la enfermedad mental
- recursos adecuados de sistemas de información
- grado de acuerdo sobre el propósito de cada prestación dentro del marco de trabajo
- cuotas de servicios necesarios
- implicación de los usuarios y cuidadores en las decisiones del proceso
- consenso en la relación entre responsabilidades de gestión y clínicas
- negociación clara sobre los objetivos del cuidado
- clara explicitación de cada una de las prestaciones

Este modelo debe:

- establecer el tamaño y naturaleza de las necesidades
- determinar los perfiles de población a atender, metas y objetivos
- determinar las estrategias
- establecer las prioridades de grupos de población a tratar
- evaluar los resultados
- reajustar los objetivos y las estrategias según los resultados de la evaluación

3. LA CALIDAD DEL PROCESO DE CUIDADO

Ésta tendría que ver con aspectos relativos a, si se hacen indicaciones terapéuticas adecuadas a las necesidades de los pacientes y con la efectividad del servicio ofertado (Greenley⁴⁵). La evaluación del proceso de cuidado, requiere algunos estándares con los que establecer comparaciones. Definir estos estándares es una difícil tarea.

No hay estándares consensuados incluso para decisiones básicas tales como elección entre terapia individual, grupal o familiar, o de tratamiento psicofarmacológico, y menos aún para intervenciones específicas (Lebow 1982).

No obstante, habrá que esforzarse en delimitar aspectos tales como la decisión de hospitalización, el uso racional de medicación, la asignación de casos a una determinada "intensidad" de tratamiento, la presencia de ciertos componentes esenciales en el tratamiento (como

por ejemplo una mala relación terapéutica), y en investigar sobre particulares formas de tratamiento para tipos especiales de problemas.

4. LA COORDINACIÓN EN EL PROCESO DE CUIDADO

Necesidad de procurar una continuidad de cuidados y una coordinación entre los servicios (recursos) que los prestan (Bácharach⁴⁶).

6. PERFILES DE DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA QUE DEBEN SER ATENDIDOS EN ESE NIVEL

La O.M.S. ha señalado que "los equipos de atención primaria son la punta de lanza de la psiquiatría comunitaria".

El Royal College of Psychiatric recomienda que los servicios especializados y de atención primaria (en nuestro contexto), definan sus respectivos papeles en el cuidado de los distintos trastornos psíquicos.

Goldberg (1994)¹¹ dice que una tercera parte de los pacientes que consultan en Atención primaria presentan trastornos ansiosos, depresivos o mixtos. Una encuesta realizada por nosotros entre médicos de primera línea del distrito de Villaverde hace 6 años coincidía en que la morbilidad psiquiátrica percibida por dichos médicos era similar a la encontrada por Goldberg (27.9%).

Según Olofson (1994)¹², el 53% de los pacientes con trastornos psiquiátricos son atendidos en Atención primaria.

Por otra parte, trastornos graves discapacitantes tales como esquizofrenias o depresiones crónicas, tienden a

consultar más a sus médicos generalistas que a los psiquiatras (Hassah y Stilwach 1977, Melzer 199¹¹, siendo sin embargo un número reducido de ellos los que están bajo su control.

Una buena coordinación entre Atención especializada y Atención primaria debe incluir: una buena comunicación entre ambos niveles; información sobre disponibilidad de tratamientos; y orientación sobre derivaciones de pacientes (Strathdee 1994¹¹), para superar como Fallon⁴⁷ demuestra, los problemas de coordinación entre ambos niveles.

La prevalencia diagnóstica de morbilidad psíquica en Atención Primaria se distribuye de la siguiente manera: Trastornos de ansiedad (33.8%); Trastornos depresivos (23%); Trastornos mixtos ansiedad-depresión (19%); Trastornos somatoformes (9.4%); Trastorno mental orgánico (4.7%); Trastorno por consumo de alcohol/drogas (4.7%); Otros (5.4%). De éstos, en un 59% el malestar es leve, pero en un 39% es moderado y en un 2% es grave. Por otra parte, en un 64% de estos casos, el malestar dura más de seis meses.

Nuestra propuesta es que sean atendidos en este primer nivel aquellos casos que no cumplen (por tener menos de 6 puntos) criterios de gravedad suficientes.

Por otra parte, consideramos relevante el papel que debe cumplir Atención Primaria en la **detección de poblaciones en riesgo.**

7. PROPUESTA DE ALTERNATIVAS PARA UNA MEJOR DETECCIÓN, ASUNCIÓN PARA TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN DE CASOS, POR PARTE DE ATENCIÓN PRIMARIA

Es reconocida la dificultad que los médicos de A. Primaria tienen para identificar y tratar correctamente las patologías psíquicas que les llegan (Goldberg⁴⁸).

Esto puede ser debido a una multiplicidad de factores:

- escaso interés por los problemas de salud mental
- insuficiente formación de base
- elevada presión asistencial que soportan
- desatención a su formación continuada en este ámbito
- ausencia de proyectos motivadores
- dificultades de funcionamiento como equipo
- desconocimiento de los servicios de salud mental

Fallon⁴⁷ también encuentra en un 79% de los médicos de A. Primaria dificultades de falta de tiempo para el manejo de pacientes con trastornos psiquiátricos, así como en el 69% dificultades en la coordinación con los servicios de salud mental.

Existen sin embargo tres tipos de razones: conceptuales, epidemiológicas y organizativas, que son tozudas en reafirmar la necesidad de que exista la mejor de las coordinaciones posibles entre ambos niveles.

Las razones conceptuales tienen que ver con la abundancia de quejas físicas y enmascaramiento de las psíquicas en los pacientes de ese nivel; la frecuente coexistencia de patología física y psiquiátrica; el ser el médico generalista el primer consultante tanto por ser la puerta de entrada al sistema sanitario como por el rechazo social a la enfermedad mental, etc.

Las razones epidemiológicas son evidentes desde que Goldberg las describió. Las razones organizativas tienen que ver con que entre un 80-90% de los pacientes atendidos en atención especializada son derivados por atención primaria, así como con la estrecha implicación que

ésta debe tener en el seguimiento de los casos y en la continuidad de cuidados en general.

Por todo lo anterior, se hace necesario que desde los Servicios de Salud Mental de Distrito se contribuya, en colaboración con la propia Atención Primaria, a mejorar la capacidad de detección, filtraje, derivación y asistencia a ese nivel, a través de la elaboración de guías apropiadas.

1. Guía para la detección de casos psiquiátricos en A. Primaria (anexo IV).
2. Propuesta de contenido de parte de interconsulta-derivación. infanto-juvenil (anexo V). adultos (anexo VI)
3. Guías clínico-terapéuticas de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos (por ser las patologías más prevalentes en Atención Primaria) (anexos VII y VIII).

PROPUESTA PARA EL DESARROLLO PRÁCTICO DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN Y APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Cobertura del programa a todos los Centros de Salud del distrito.
- Facilidad para cualquier tipo de contacto puntual que se precise entre profesionales de ambos dispositivos.
- Reuniones mensuales del subequipo de zona y el equipo de AP, de una hora de duración, en día fijo para: -intercambio de información sobre pacientes derivados al SSM (a ser posible previamente definidos) -asesoramiento sobre posibles casos a derivar -asesoramiento sobre casos atendidos por los médicos de A. Primaria (interconsulta) -monitorización periódica de las derivaciones con carácter preferente y devolución de los resultados para una adecuada utilización de esta vía -formación de los médicos de A. Primaria en aspectos clínicos o terapéuticos de interés.
- Elaboración y consenso entre los S.S.M. del Área y A. Primaria de: -guía de detección de casos psiquiátricos en A. Primaria -protocolos de parte de interconsulta para derivación de casos en adultos e infanto-juvenil -guías clínico-terapéuticas en relación a las patologías más prevalentes en AP, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad -elaboración de indicadores de salud mental para que sean incluidos en el protocolo del niño sano de A. Primaria.

ANEXO I**HOJA RESUMEN CRITERIOS DE CRONICIDAD**

NOMBRE: _____ N° HISTORIA: _____

CRITERIOS TRANSVERSALES

	1	2	3	4	
A) AUTOCUIDADOS Y SALUD:					
* Higiene Personal	0	0	0	0	GRUPO I : 4-6
* Manejo del Entorno	0	0	0	0	GRUPO II : 7-9
* Higiene en Salud	0	0	0	0	GRUPO III: 10-13
* Manejo de Medicación	0	0	0	0	GRUPO IV : 14-16
B) AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL					
* Competencia Personal y autocontrol	0	0	0	0	GRUPO I : 4-6
* Relaciones Interpersonales	0	0	0	0	GRUPO II : 7-9
* Familia	0	0	0	0	GRUPO III: 10-13
* Aspectos Cognitivos	0	0	0	0	GRUPO IV : 14-16
C) AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL					
* Trabajo	0	0	0	0	GRUPO I : 4-6
* Autonomía Económica	0	0	0	0	GRUPO II : 7-9
* Autonomía de Gestión	0	0	0	0	GRUPO III: 10-13
* Manejo de Recursos Sociosanitarios	0	0	0	0	GRUPO IV : 14-16
D) TRATAMIENTO					
* Respuesta al Tratº. Farmacológico	0	0	0	0	GRUPO I : 4-6
* Responsabilidad ante el Tratº.	0	0	0	0	GRUPO II : 7-9
* Conciencia de Enfermedad	0	0	0	0	GRUPO III: 10-13
* Relación con la Institución	0	0	0	0	GRUPO IV : 14-16

TOTAL:

GRUPO I : 16-24
 GRUPO II : 25-36
 GRUPO III: 37-52
 GRUPO IV : 53-64

CRITERIOS LONGITUDINALES

	1	2	3	4	
* Años de Evolución	0	0	0	0	GRUPO I : 5-7
* Parámetros Transversales	0	0	0	0	GRUPO II : 8-12
* Nivel Premorbido	0	0	0	0	GRUPO III: 13-17
* Ingresos	0	0	0	0	GRUPO IV : 18-20

TOTAL:

GRUPO I : 21-31
 GRUPO II : 32-49
 GRUPO III: 50-70
 GRUPO IV : 71-84

ANEXO II

PROTOCOLO ASISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL

2. DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL (FACTORES PSICOSOCIALES Y DE DISCAPACIDAD EXISTENTES EN CRITERIOS DE GRAVEDAD)

3. PUNTUACIÓN BAREMO CRITERIOS DE GRAVEDAD

(posibilidad de incluir grupos de usuarios diferenciados)

4. NECESIDADES

4.1. Preventivas

4.1.1. En relación al paciente (por pertenencia a grupo o situación de riesgo)

4.1.2. En relación al entorno familiar

4.2. Asistenciales

4.2.1. De salud general

4.2.2. De salud mental (número de necesidades del siguiente listado):

- de valoración y orientación
- de asistencia en crisis
- de tratamiento de la sintomatología

4.3. Rehabilitadoras (número de necesidades del siguiente listado):

- de ayudas básicas (alimentos, alojamiento, etc)
- de autocuidado
- de habilidades para la vida diaria
- de soporte relacional
- de ayuda a búsqueda de empleo
- de protección de derechos legales

5. PRESTACIONES INDICADAS

(estimando la(s) modalidad(es) del siguiente listado, así como frecuencia y duración)

- establecimiento del contacto y facilitar la adherencia al tratamiento
- coordinación de la atención
- tratamiento psicofarmacológico
- tratamiento psicoterapéutico reglado o consultas terapéuticas
- atención domiciliaria
- intervenciones dirigidas a las familias, parientes u otros
- tutoría de casos
- hospitalización breve
- hospitalización parcial
- hospitalización en unidad de rehabilitación estructurada de media estancia
- hospitalización en unidad de rehabilitación de larga estancia
- rehabilitación de discapacidades en el medio ambulatorio y programas de soporte comunitario
- ingreso en residencias asistidas o no asistidas para mayores de 65 años

6. SERVICIOS (RECURSOS) DONDE DEBEN PRESTARSE

7. COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS **PRECISA: SÍ ☐ NO ☐** **RESPONSABLE:**

8. OBJETIVOS MARCADOS:

- delimitación (en forma y tiempo)
- facilitación prestaciones (disponibilidad, accesibilidad)
- aceptabilidad prestaciones
- adecuación prestaciones
- eficacia prestaciones
- eficiencia prestaciones (relación beneficio/costo).

ANEXO III

CONSEJOS SOBRE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

ALGUNAS PREMISAS

Teniendo en cuenta que:

- la actividad psicológica, el cuerpo y el contexto interpersonal afectan y son afectados por la enfermedad: el diagnóstico no debe limitarse a identificar una enfermedad sino a toda la situación del paciente y por tanto la terapéutica debe tener en cuenta los factores psicosociales
- la relación entre el médico y el paciente influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento
- las habilidades de relación (empatía) y de estructuración (la técnica específica) son precisas para que una terapia sea exitosa

SE CONVENDRÁ EN:

1. la importancia de la entrevista y de la relación médico-paciente para un mejor abordaje integral, un mejor conocimiento del síntoma y de la "queja" (ésta como emergente de su situación global física, emocional y social), alcanzar la mejor de las alianzas terapéuticas y conseguir el mejor cumplimiento del tratamiento. En la entrevista debe tratarse de:

- crear y mantener una buena relación
- definir las razones de consulta
 - naturaleza e historia de los problemas
 - su etiología
 - las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente
 - las repercusiones de los problemas

- considerar otros problemas
 - problemas continuos (crónicos)
 - factores de riesgo
- escoger junto al paciente una acción apropiada para cada problema
- compartir la comprensión del problema con el paciente
- implicar al paciente en su autocuidado y animarle a que asuma responsabilidades
- hacer uso adecuado del tiempo y otros recursos, en cada consulta, en el proceso a largo plazo
- informar al paciente de forma clara que posibilite su motivación para cooperar

2. la importancia de focalizar la atención en:

- las condiciones y el estilo de vida del demandante
- la valoración de las situaciones de cambio en el último año que puedan tener un carácter estresor
- la detección o presencia de síntomas que puedan inducir a sospechar un trastorno psicoemocional (insomnio, quejas somáticas inespecíficas, ansiedad, tristeza, solicitud excesiva de cuidados sanitarios, consumo sistemático de fármacos, etc)
- la actitud del paciente frente a sus problemas (temor, rechazo, negación, sobrevaloración, etc)

3. la importancia de definir el marco terapéutico y el problema

- hay que diferenciar entre paciente y demandante
- hay que diferenciar entre expectativas irresolubles y resolubles
- hay que evitar psiquiatrizar problemas de la vida cotidiana
- hay que definir el núcleo del problema (desde cuando lo es, para quien, cómo afecta a los demás y que se ha intentado hacer para resolverlo)

4. la importancia de planificar adecuadamente el tratamiento o la derivación a atención especializada.

ANEXO IV

GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE CASOS PSIQUIÁTRICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La prevalencia de la morbilidad psíquica en la población general es del 15% de individuos.

La prevalencia de morbilidad psíquica en At. Primaria es casi del doble de la anterior. Una cuarta parte (25%) de los pacientes que ve el médico general tienen un malestar psíquico significativo.

De éstos, en un 59% el malestar es leve, pero en un 39% es moderado y en un 2% es grave.

Por otra parte, en un 64% de estos casos, el malestar les dura más de 6 meses.

Esa morbilidad psíquica en At. Primaria, se reparte así por grupos diagnósticos:

- Trast. de ansiedad (33,8%)
- Trast. depresivos (23%)
- Trast. mixto (ansiedad/depresión), 19%
- Trast. somatoforme (9.4%)
- Trast. mental orgánico (4.7%)
- Trast. consumo alcohol/drogas (4.7%)
- Otros (5.4%)

Un tercio de todos los trastornos anteriores, se presentan en forma de trastornos somatizados.

Las causas de no detección de la morbilidad psíquica oculta en la At. Primaria se ha constatado que son las siguientes:

1) Relacionadas con el médico

Factores personales

- Menor interés por aspectos psicológicos
- Menor experiencia profesional

Técnica de la entrevista

- Falta de contacto visual
- Dificultad de clarificación de la queja principal
- Dificultad para captar claves (verbales o no) de malestar psicológico
- Pocas preguntas directas sobre síntomas psiquiátricos
- Pocas preguntas sobre circunstancias sociofamiliares
- Posturas tensas, prisa inicial, información prematura, preocupación por tomar notas
- Estilo poco negociador

2) Relacionadas con el paciente

Factores sociodemográficos

- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Minorías étnicas

Sintomatología

- Quejas somáticas en primer plano
- Depresión reactiva a enfermedades somáticas
- Depresión de larga duración
- Claves de depresión tardíamente manifestadas en la entrevista

Factores relacionados con el Sistema Sanitario

- presión asistencial

Se adjuntan escalas E.A.D.G y cuestionario S.R.Q

E.A.D.G (Escala de ansiedad y depresión de GOLD-BERG)

Los items de esta escala derivan del P.A.S (Psychiatric Assessment schedule) que a su vez es una versión abreviada del PSE.

Escala E.A.D.G**Subescala de Ansiedad**

	SÍ	NO
1• ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2• ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3• ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4• ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5• ¿Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6• ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7• ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8• ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9• ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Ansiedad

Subescala de Depresión

	SÍ	NO
1• ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2• ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3• ¿Ha perdido la confianza en si mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4• ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5• ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6• ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7• ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8• ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9• ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Depresión

No se puntuarán los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de "leve intensidad".

Puntos de corte:

- Probable ansiedad: 4 o más puntos
- Probable depresión: 2 o más puntos

La subescala de ansiedad con un punto de corte de igual o superior a 4, detecta el 73% de los casos de ansiedad, pero sólo un 43% de los casos de depresión. La subescala de depresión, con un punto de corte de igual o superior a 3 detecta el 82% de los casos de depresión, aunque también detecta un 49% de los casos de ansiedad.

El EADG es heteroadministrado, mientras que el GHQ es autoadministrado. La eficacia de ambos instrumentos en la detección de casos es similar.

A quien aplicar el EADG en la Atención Primaria

- Pacientes con manifestaciones psicopatológicas
- Pacientes con síntomas somáticos inespecíficos (mareos, cefaleas, parestesias, dolor torácico, etc).
- Pacientes pluriconsultantes.
- Pacientes con enfermedades crónicas e invalidantes.
- Pacientes que consumen habitualmente psicofármacos (hipnóticos) o sustancias psicoactivas (analgésicos, sin prescripción médica).
- Pacientes con factores de riesgo (desempleo, duelo, cuidado del enfermo terminal, ruptura matrimonial, etc).

CUESTIONARIOS PARA LA DETECCION DE CASOS PSIQUIATRICOS

S.R.Q. (SELF REPORTING QUESTIONNAIRE) OMS

Fecha Nombre

Edad Sexo M F.....

Motivo de consulta:

- 1
- 2
- 3
- 4

- | | | |
|---|----|----|
| 1. • ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? | Sí | No |
| 2. • ¿Tiene mal apetito? | Sí | No |
| 3. • ¿Duerme mal? | Sí | No |
| 4. • ¿Se asusta con facilidad? | Sí | No |
| 5. • ¿Sufre de temblor de manos? | Sí | No |
| 6. • ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido? | Sí | No |
| 7. • ¿Sufre de mala digestión? | Sí | No |
| 8. • ¿No puede pensar con claridad? | Sí | No |
| 9. • ¿Se siente triste? | Sí | No |
| 10. • ¿Llora Vd. con mucha frecuencia? | Sí | No |
| 11. • ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | Sí | No |
| 12. • ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | Sí | No |
| 13. • ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Sufre Vd. con su trabajo? | Sí | No |
| 14. • ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | Sí | No |
| 15. • ¿Ha perdido interés en las cosas? | Sí | No |
| 16. • ¿Siente que Vd. es una persona inútil? | Sí | No |
| 17. • ¿Ha tenido idea de acabar con su vida? | Sí | No |

18. • ¿Se siente cansado todo el tiempo?	Sí	No
19. • ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	Sí	No
20. • ¿Se cansa con facilidad?	Sí	No
21. • ¿Siente Vd. que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	Sí	No
22. • ¿Es Vd. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	Sí	No
23. • ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?	Sí	No
24. • ¿Oye voces sin saber de donde vienen o qué otras personas no pueden oír?	Sí	No
25. • ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento?	Sí	No
26. • ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Vd. estaba bebiendo demasiado alcohol?	Sí	No
27. • ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?		
28. • ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o en el estudio) a causa de la bebida?	Sí	No
29. • ¿Ha estado en riñas estando borracho?	Sí	No
30. • ¿Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado?	Sí	No

Cuando entre las primeras 20 preguntas haya 11 o más respuestas afirmativas o cuando entre las preguntas 21 a 30 haya una o más afirmativas, el paciente deberá ser derivado a Salud Mental.

INDICADORES DE PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS PARA DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

La presencia de síntomas significativos en una o varias de las áreas descritas a continuación deberá conducir a una exploración más completa como paso previo para decidir la posible derivación a Salud Mental

- Retrasos o alteraciones en las adquisiciones evolutivas (motrices, relacionales, instrumentales o intelectivas) sin causa orgánica que lo justifique.
- Trastornos funcionales en alimentación, sueño y control esfinteriano.
- Dificultades en la relación interpersonal. Alteración o empobrecimiento en la actividad lúdica.
- Desórdenes de conducta (por expansión o inhibición).
- Desórdenes afectivos.
- Consultas médicas frecuentes. Algas recurrentes y erráticas.

ANEXO V

PROPUESTA DE CONTENIDO DE PARTE DE INTERCONSULTA- DERIVACIÓN INFANTO-JUVENIL

1. Descripción detallada del motivo de consulta.
2. Explorar presencia de otros síntomas.

3. Antecedentes personales y familiares significativos.
4. Especificar quien es el agente de la demanda.
5. Actitud del niño y de la familia ante el problema y la derivación.
6. Intervenciones previas a la derivación realizadas en Atención Primaria y resultados.

Es necesario que el niño sea informado de manera sencilla del motivo y objeto de la derivación a Salud mental y que haya sido explorado previamente por el médico derivante.

ANEXO VI

PROPUESTA DE CONTENIDO DE PARTE DE INTERCONSULTA- DERIVACION ADULTOS

- Resumen de la sintomatología.
- Evolución (comienzo, recaídas, posibles factores desencadenantes).
- Antecedentes significativos.
- Se ha descartado patología orgánica en caso de creerse necesario?

- Impresión diagnóstica.
- Actuaciones realizadas y resultados de ellas.
- Agente de la demanda (médico, familia, paciente, etc).
- Actitud del paciente ante la demanda (motivación, rechazo, resistencias, etc).

Se considera pertinente la derivación en caso de:

- Dudas diagnósticas.
- Gravedad del caso.
- Mala respuesta a tratamientos previos.
- Precisar de tratamientos especializados.

**INFORMACIÓN AL USUARIO QUE ACUDE
POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO**

Este Servicio atiende los problemas de salud mental de la población de este distrito. En él trabajamos profesionales de la Comunidad de Madrid y del Insalud y es un equipo constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales. Para conseguir un mejor funcionamiento del Servicio, al que Vd. puede contribuir, le rogamos atienda las siguientes indicaciones:

- Sea puntual a las citas.
- Si no puede acudir, le rogamos nos avise lo antes posible (otro paciente se beneficiará de ello y disminuiremos la lista de espera).
- Vd. será visto la primera vez por el profesional que creamos más conveniente, una vez valorado el informe del médico que le envía.

- Si se le prescribe medicación, siga las pautas recibidas, consultando las dudas que puedan surgirle.
- Si recibe una encuesta para que valore la atención recibida, le agradeceríamos su colaboración.
- Por último, le recordamos que tiene a su disposición un libro de reclamaciones.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Servicio de Salud Mental de Villaverde

Centro de Salud de San Cristóbal

C/ Benimamet, 24-A

Tfs: 91.795.55.46/ 91.795.52.49

ANEXO VII

GUÍA CLÍNICO-TERAPÉUTICA

DE LOS TRASTORNOS

DE ANSIEDAD EN

ATENCIÓN PRIMARIA

La ansiedad es un mecanismo de alerta ante estímulos externos potencialmente peligrosos. Se vuelve patológica cuando la respuesta se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes o cuando la duración e intensidad va más allá de lo adaptativo. La ansiedad patológica se define como un sentimiento subjetivo de temor indefinido, tensión interna e inseguridad frente a un peligro desconocido. Miedo sin causa con sentimientos de espera y amenaza. La prevalencia/vida alcanza al 5% de la población. Además, un 11% sufre ansiedad reactiva a enfermedades físicas. Es más frecuente en mujeres y en los parientes de primer grado. Los jóvenes describen más quejas psicológicas y los adultos más quejas físicas. Los síntomas somáticos de la ansiedad son: cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, neurológicos, de hiperactividad del SNC, trastornos del sueño. Los síntomas psicológicos son crisis de angustia o ansiedad permanente.

Crisis de angustia

A- 3 crisis en 3 semanas, espontáneas e inmotivadas

B- Al menos 4 síntomas en la crisis, de los siguientes: disnea, taquicardia, mareo, ahogo, despersonalización, dolor precordial, parestesias.

C- Al menos una crisis ha sido seguida de: ansiedad de expectación a posibles repeticiones, miedo a las consecuencias de la crisis (pérdida de control, volverse loco, etc) conductas evitativas.

D- No debido a trastornos físicos o mentales.

E- Con o sin agorafobia.

Ansiedad generalizada

A- Síntomas de 3 de estas 4 categorías:

1- tensión motora: espasmos, temblor, fatigabilidad, incapacidad para relajarse.

2- hiperactividad vegetativa: sudoración, palpitaciones, crisis calor-frío, mareo.

3- expectación aprensiva: ansiedad, miedo, preocupación.

4- hiperalerta: vigilancia y escrutinio, distraibilidad, insomnio, irritabilidad.

B- Al menos durante 1 mes.

C- No debido a trastornos físicos o mentales.

Formas clínicas

- Síndrome de ansiedad orgánico.
- Trastorno por angustia: con o sin agorafobia.
- Agorafobia.
- Fobia social.
- Fobia simple.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso.
- Trastorno por ansiedad no especificada: dismorfofobia, hipocondría, etc.

Existen fundamentalmente 4 tipos de trastornos:

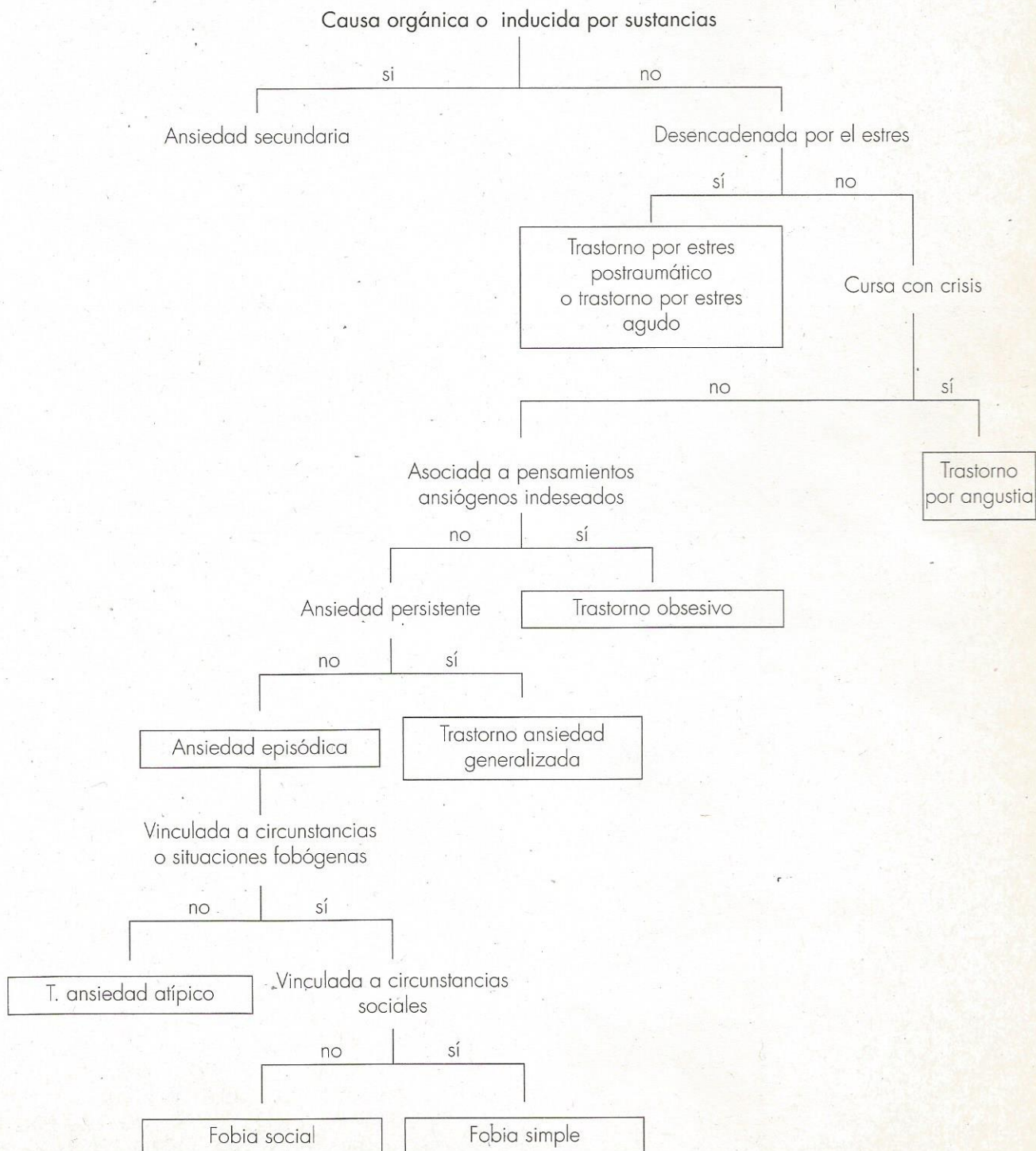
- trastorno de ansiedad generalizada (prevalencia 4.6% población).
- trastornos fóbicos (prevalencia 7.8% población).
- trastorno de angustia (prevalencia de 1.4% población).
- trastorno obsesivo (prevalencia de 1.1% población).

CAUSAS ORGÁNICAS CUYOS SÍNTOMAS PUEDEN REMEDAR A LA ANSIEDAD

Origen	Trast. especif.	Síntomas posibles
Cardiovascular	angina, infarto, arritmias, dolor torácico, hipertensión	taquicardia, palpitaciones
Dieta/fármacos	cafeína, tiroxina defic. vitamínicas	agitación, temblor, inquietud
Gastrointestinal	Úlcera péptica enf. de Crohn	dolor abdominal, diarrea
Hematológico	Anemia palpitaciones	fatiga, sensación de falta de aire
Metabólico	Enf. de Cushing hiper/hipotiroid. hipoglucemia, porfiria	insomnio, irritabilidad, cansancio, temblor, palpitaciones
Neurológico	encefalopatías trast. convulsivos	cefalea, inestabilidad mareo, parestesias
Respiratorio	Asma	dificultad para respirar
Tumores secretores	feocromocitoma insulinoma carcinoide	palpitaciones, cefaleas nauseas, disnea, ansiedad sudoración profusa
Inmunológico	Lupus sistémico	dolor articular, fatigabilidad

ÁRBOL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD



TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Al menos 2/3 partes de estos trastornos pueden y deben ser tratados en At. primaria y en al menos el 42% de la prevalencia de patología psíquica en AP, existe una sintomatología ansiosa en cualquiera de sus variedades o en forma comorbid con un trastorno depresivo.

Tratamiento farmacológico:

- el resñado en las hojas terapéuticas de AP (Área 11)

Otros tratamientos:

- consejo y apoyo en casos de ansiedad reactiva

Factores que pueden influir en el tratamiento: relacionados con la enfermedad

- cronicidad
- severidad
- variabilidad
- impacto de eventos vitales
- comorbilidad
- con enfermedad médica o uso de otros fármacos
- con otra psicopatología (depresión)

relacionados con el paciente

- estigma de la enfermedad mental
- rechazo del paciente
- miedo a la medicación
- miedo a la dependencia
- miedo a un problema físico mental no detectado relacionados con los fármacos
- dosificación inadecuada
- variabilidad farmacocinética
- comienzo de la acción
- efectos secundarios
- cumplimiento
- interacción farmacológica
- duración de la terapia
- síntomas residuales
- conductas residuales

La mayoría de los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada y/o crisis de angustia, pueden ser tratados en AP. Sólo deberían remitirse a atención especializada los pacientes con depresión asociada, riesgo suicida, trastornos de personalidad asociados, abuso de alcohol y conductas evitativas invalidantes, o aquellos refractarios al tratamiento (correcto) seguido.

ANEXO VIII

GUÍA CLÍNICO-TERAPÉUTICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La prevalencia de la depresión en la población general es del 3-4%. La prevalencia/vida de la depresión mayor es también del 3-4% en el hombre, pero del 5-10% en la mujer, y la prevalencia/vida para cualquier trastorno afectivo es del 6-10%.

Los trastornos depresivos suponen el 23% de la morbilidad psíquica en Atención primaria y los trastornos mixtos de ansiedad-depresión el 19%, lo que significa que en el 42% del total de dicha morbilidad existe sintomatología depresiva.

ANTE LA SOSPECHA DE UNA DEPRESIÓN, SE EXPLORARÁ:

- 1/ **Estado de ánimo:** humor triste, llanto, ideas de suicidio, pérdida de interés, sentimientos de incapacidad, pérdida de autoestima, ausencia de futuro, autorreproches, etc.
- 2/ **Síntomas biológicos:** pérdida de apetito, pérdida de peso, variaciones circadianas del humor, insomnio y tipo de él, pérdida libido, etc.
- 3/ **Duración de los síntomas (al menos dos semanas),** evolución, (mantenida, oscilante, etc), relación con posibles acontecimientos precipitantes.
- 4/ **Descartar patología orgánica** (ver causas orgánicas de depresión).
- 5/ **Valorar la gravedad** (leve, moderado, grave), y el **riesgo suicida** (ocurrencias, ideas fijas, tentativas previas, etc)
- 6/ **Valorar el tipo de episodio** (endógeno: único, recurrente, unipolar, bipolar, distímico (neurótico), reactivo, etc.

FORMAS CLÍNICAS

Los trastornos depresivos pueden ser:

Trastornos depresivos

Depresión mayor

- Episodio único
- Recurrente

Distimia (depresión neurótica)

Reacción depresiva

- Breve
- Prolongada

Depresión por causa orgánica

Trastornos bipolares

PMD tipo depresivo o maniaco

Ciclotimia

(Se pueden pasar el cuestionario de Ayuso-Ramos, o escalas de Depresión y Ansiedad de Zung)

CAUSAS ORGÁNICAS QUE PUEDEN REMEDIA LA DEPRESIÓN

Origen y trastornos específicos

Endocrinas o metabólicas

hiper o hipotiroidismo; hiper o hipoadrenalismo; anemia; diabetes; trastornos electrolíticos.

Neurológicas

parkinsonismo; arteriosclerosis cerebral; hidrocefalia normotensiva; lesiones frontales; hemorragia subaracnoidea; esclerosis múltiple; enfermedad de Alzheimer; traumatismo cráneo encefálico cerrado.

Infec. virales

gripe; hepatitis; mononucleosis; VIH

Toxicidad metales

talio o mercurio

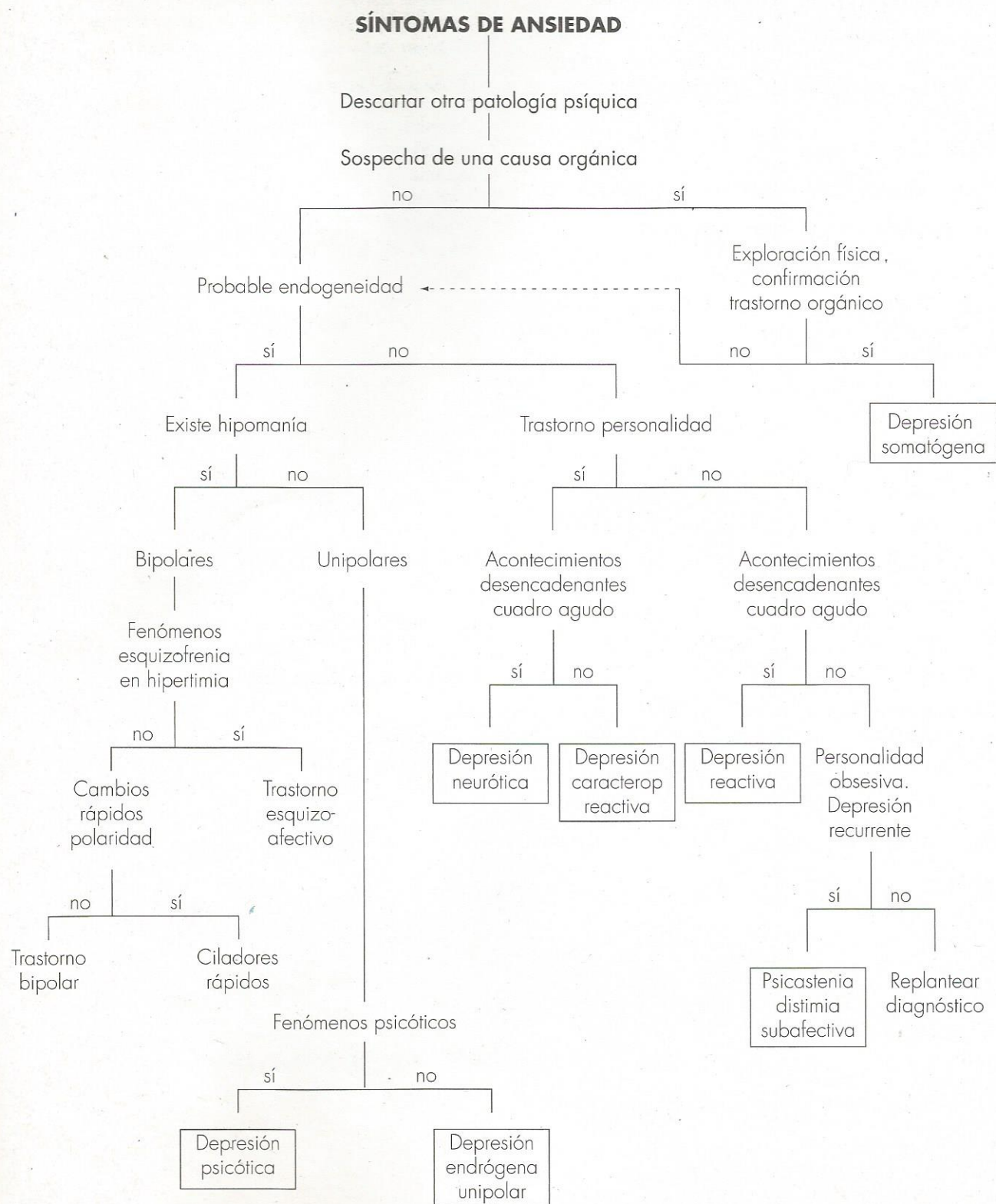
Dieta/fármacos

déficit vit. B12; déficit ac. fólico; hipotensores de acción central; digoxina; cimetidina, etc.

Enfermedades progresivas incapacitantes

artritis; cáncer; procesos degenerativos, etc.

ÁRBOL DIAGNÓSTICO DE LAS DEPRESIONES



TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Tratamiento farmacológico: el señalado en las hojas terapéuticas de AP. (Área 11). Siguiendo a Kaplan (1990), la optimización del tratamiento antidepresivo depende:

1. de un diagnóstico correcto

2. de la selección del antidepresivo, tomando en cuenta:

- los posibles efectos de interacción y secundarios.
- su seguridad relativa.
- antecedentes de buena respuesta a determinado antidepresivo en el propio paciente o en familiares de primer grado.

3. de la dosis (ajustándose a las reconocidas como terapéuticas).

4. de la duración del tratamiento (ajustarse a las pautas reconocidas de intervalo de comienzo de acción (2 semanas) y mantenimiento (6 meses)).

5. de la relación terapéutica

(teniendo en cuenta que hay un porcentaje de incumplimiento de hasta el 60%, evitarlo en lo posible facilitando una adecuada información sobre diagnóstico, régimen terapéutico, tiempo de latencia, efectos secundarios posibles, inexistencia de efectos adictivos, etc, todo ello en el marco de una adecuada relación terapéutica).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Desviat M. "Prestaciones en Salud Mental". Psiquiatría Pública. 1994, 6,(4), pp:179-180
- 2- Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. "Registro de casos psiquiátricos". Boletín, 1996, 3, dic.96
- 3- Rendueles G. "¿Cuánto es bastante en salud mental?". Psiquiatría Pública, 1996, 8, (6), pp:367-375
- 4- Ahr P. "State mental health director's priorities for mental health care". Hosp. Community Psychiatry, 1985, 36, (1), pp:39-45
- 5- Royse D. "Mental health needs assesment Beware of false promises". Community Mental Health Journal, 1982, 18, pp:97-106.
- 6- Grantham H. "Les besoins de la clientele psychiatrique en prevention secondaire et tertiaire: le point de vue d'un clinicien". Can.J.Psychiatry, 1981, 26, pp:353-356
- 7- Muñoz P.E. "Epidemiología y Asistencia Psiquiátrica: la identificación de necesidades". Ac.Luso-Española de Neurología, 1981, (4), pp:283-303.
- 8- Torres F. "Instrumentos estandarizados para valorar la calidad de los Servicios Comunitarios de Salud Mental". Ponencias XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997
- 9- Baca E. "El concepto de salud mental". Arch.de Neurobiolog., 1995, 58, (4), pp:341-351
- 10- Diego I. "Proyecto para la elaboración de la cartera de servicios en salud mental". Psiq.Comunitaria, 1994, 2, (1), 103-109
- 11- The Royal College of Psychiatric. "Caring for a community". Council Report. 1995. CR36.
- 12- Howard K. "Patterns of Mental Health Service Utilization". Arch.Gen.Psychiatry, 1996, 53, pp:696-703
- 13- Editorial. "The MRC needs for care assesment: progress and cronroversies". Psychological Medicine, 1993, 23, pp:837-841.
- 14- Uehara E et alt. "Linking resource use to Consumer level of Need: Field test of the level of need-care assesment (LONCA) Method". Journal of Consulting and Cl.Psycology, 1994, 62, (4), pp:695-709
- 15- Mises R. "Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente". Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia infantil. 1990, 10.
- 16- Ministerio de Sanidad y Consumo. "Guía para la elaboración del Programa de salud mental en Atención primaria de Salud". 1989 Madrid
- 17- Woodward H. "One community response to the multi-systems service needs of individuals with mental illnes and development disabilities". Community Ment.Health J., 1993, 29, (4), pp:347-359
- 18- Frank R. "Technical and allocative eficiency in production of outpatient mental health clinic service". Soc. Sci. Med., 1987, 24, (10), pp: 843-850
- 19- Martínez O. "Demanda y expectativas". Rev. Asoc. Esp. Neurop., 1995, 52, pp:25-47
- 20- Corces V. "Informe sobre la Clasificación internacional de cuidados en salud mental". Psiq. Comunitaria., 1994, 2, (1).pp: 109-117
- 21- Cormier H. "Comblar les besoins de srvice de santé mentale des personnes ateintes de schizophrenie". Revue Can.de Psychiatrie, 1987,32, pp:454-458.
- 22- Levin G. "Identifyin and meeting clients needs in six Community Mental Health Centers". Hosp. and Comm. Psychiatry, 1978, 29, (3), pp:185-188.
- 23- Grusky O. "Evaluating the effectiveness of County-wide Mental Health Care Systems". Comm. Ment. Health Journal, 1989, 25, (1). pp:3-20
- 24- Cutler D. "Community Residential Options for the Chronically Mentally". Comm. Ment. Health Journal, 1986, 22, (1), pp:61-73.
- 25- González Chávez M. "Recursos en salud mental comunitaria". Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1991,37, pp:81-87
- 26- Beeson P. "Systems planning for the 80s: The Nebraska Mental Health. Desired service system model". Comm. Ment. Health Journal, 1983, pp:253-264
- 27- Tizón J.L. "El equipo psicosocial dentro de la atención primaria de salud". Rev.Asoc.Esp.Neurop., 1991, 11, (37), pp:109-125
- 28- Intagliata J. "Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of the case management". Schizophr. Bullt., 1982, 8,(4), pp:655-674.
- 29- Scheffler R. "A specialized mental health plan for

- persons with several mental illnesses under managed competition". *Hosp. Comm. Psychiatry*, 1993, 44, (10), pp:937-942
- 30- Blank MB. "Case manager follow-up to failed appointments and subsequent service utilization". *Comm. Ment. Health Jour.*, 1996, 32, (1), pp:23-31
- 31- Randolph F. "Residential facilities for the mentally ill: needs-assessment and community planning". *Comm. Ment. Health Jour.*, 1986, 22, (2), pp:77-93
- 32- Rosenfield S. "Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill". *J. Health. Soc. Behav.*, 1992, 33, (4), pp:299-315
- 33- Desviat M. "Calidad de vida, calidad de los servicios". *Psic. Pública*, 1996, 8, (3), pp:143-147
- 34- Lebow J. "Models for evaluating services and community Mental Health Centers". *Hosp.and Comm. Psychiatry.*, 1982, 33, (12), pp:1010-1014
- 35- Zusman J. "Quality assurance in mental health care". *Hosp.and Comm. Psychiatry.*, 1988, 39, pp:1286-1290
- 36- Schulberg HC. "Quality of care standards and professional norms". *Am. J. of Psychiatry.*, 1976, 133, pp:1047-1051
- 37- Mc Auliffe WE. "Measuring the quality of medical care: process versus outcome". *Milbank memorial Fund Quarterly*, 1979, 57, pp:118-152
- 38- Bachrach L. "Planning High-quality service". *Hosp.and Comm.Psychiatry*, 1991, 42, (3), pp:268-269
- 39- Eisenberg L. "Mental health Services: equity, quality and constraints". *Hosp.Comm.Psychiatry*, 1978, 29, (12), pp:781-787
- 40- Lavender A. "Quality assurance in mental health: The QUARTZ system". *Br.J. of Cl. Psychology*, 1994, 33, pp:451-467
- 41- Donabedian A. "Evaluating the quality of medical care". *Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44 (suppl), pp:166-206
- 42- Sayce L. "Good Practices in Mental Health". Lewis-ham and North Soutwark. 1987, London: National Unit for Psychiatric Research and Development.
- 43- Glazer W. "What are best practices?. Understanding the concept". *Hosp.and Comm.Psychiatry*, 1994, 45, (11), pp:1067-1069
- 44- Kates N. "Psychiatric networks: They make sense, but do they work?". *Can.J.Psychiatry*. 1993, 38, pp:319-324
- 45- Servei Catala de la Salut. "Pla de Serveis Individualitzat (PSI)". 1995
- 46- Geenley J. "Neglected organization and management issues in mental health systems development". *Comm.Ment.Health J.*, 1992, 28, (5), pp:371-384
- 47- Falloon I. "The role of general practitioners in mental health care: a survey of needs and problems". *N. Z. Med. J.*, 1996, 109, (1015), pp:34-36
- 48- Goldberg D. "Enfermedad mental en la comunidad". Ed. Nieva. 1990.
- 49- Baca E. "Indicadores de efectividad en la evaluación de Servicios Psiquiátricos". *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1991, 11, (37), pp:93-103
- 50- Mechanic D. "Emerging issues in international mental health services research". *Psychiatr.Services.*, 1996, 47, (4), pp:371-375
- 51- Kent S. "A review of studies of heavy users of psychiatric services". *Psychiatr. Services*, 1995, 46, 12, pp:1247-1253
- 52- Badawi M. "Use of mental health services by households in the United States". *Psychiatr.Services*, 1996, 47, (4), pp:367-380
- 53- Gallo JJ. "Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors". *Psycholog.Med.*, 1995, 25, (6), pp:1149-1160
- 54- Gallo JJ. "Filters on the pathway to mental health care, I. Incident mental disorders". *Psycholog.Med.*, 1995, 25, (6), pp:1135-1148
- 55- Climent C. "Strategies for extending mental health services to developing countries. I. Description of the Project". *Acta Psip. Psicolog. de America Latina*, 1980, 26, (1), pp:48-53

