
ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de Revistas

Eficacia y efectividad de la atención comunitaria

V. Ibáñez Rojo*, F. González Aguado**

*Psiquiatra. Hospital de Día Área 6. Madrid

**Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

Durante las tres últimas décadas se han llevado a cabo diversos estudios para evaluar la eficacia de las intervenciones comunitarias en el marco general de la desinstitucionalización y tratar de demostrar que los programas comunitarios son al menos tan eficaces como los basados en una filosofía hospitalocéntrica, reducen costes y mejoran la satisfacción de los usuarios. A pesar de programas rigurosos en diversas áreas asistenciales (tanto en EE.UU., por ej., programa PACT¹; como en Europa, por ej., programa TAPS en el Reino Unido²), en general estas afirmaciones estaban escasamente asentadas en ensayos con metodología científica rigurosa, lo que ha llevado a que el modelo esté en tela de juicio^{3,4}. Las mayores preocupaciones tienen que ver con sus efectos secundarios como la violencia en la comunidad, el efecto “estación de Roma” de aumento de personas “sin techo”, y el aumento de la carga familiar. En la coyuntura actual, en la que los determinantes de la política de gestión son la opinión pública y los costes, los servicios de salud mental comunitaria están de nuevo en cuestión⁵. Ejemplo reciente es la aparición de un informe del ministerio de salud inglés en el que se afirma que “la atención comunitaria ha fracasado” (achacándolo a falta de financiación, demasiada carga en las familias y la sociedad, problemas para mantener el personal en los programas, y falta de un marco legal adecuado), y propone urgentes reformas para sacarla a flote (más dinero y más control tanto de los pacientes como del personal)^{6,7}.

En este contexto han aparecido de forma creciente en los últimos años, estudios comparando diferentes modalidades de tratamiento y servicios comunitarios buscando demostrar su eficacia. Estos estudios enfrentan problemas metodológicos al ser difícil comparar servicios e intervenciones en diferentes lugares y con-

textos asistenciales. La terminología tampoco ayuda y los conceptos de *case management*, *care management*, “tratamiento asertivo comunitario”, *case management* “intensivo”, se comparan en los estudios pero no son siempre lo mismo. El grupo EPCAT (financiado dentro del programa Biomed) trabaja en un sistema de evaluación, que incluye un cuestionario de características sociodemográficas (SDS: Socio-Demographic Schedule), de localización y descripción de servicios (SMS: Service Mapping Schedule), y otro de funcionamiento o de “módulos” de atención, que ha sido desarrollado en colaboración con la OMS (ICMHC: International Classification of Mental Health Care)⁸, que puede facilitar esta labor⁹.

Las revisiones de la Cochrane Library, que se esfuerza en facilitar literatura científica en la que sustentar una medicina basada en la evidencia, recogen los estudios sobre este tema con metodología rigurosa. En la primera entrega de este año aparecen revisiones de los ensayos científicos con tratamientos para enfermos mentales graves que siguen modelos de intervención en crisis, tratamiento con equipos comunitarios, tratamiento comunitario intensivo, y *case management*, comparándolos entre sí y con modelos hospitalocéntricos. La revisión de Joy et al¹⁰ sugiere que la intervención domiciliaria en crisis es una forma de tratamiento de episodios agudos viable y efectiva, que requiere cuidar del desgaste y de la satisfacción del personal. El tratamiento con equipos comunitarios no es inferior al tratamiento ambulatorio sin equipos y mejora la aceptación de tratamientos, reduce ingresos y evita suicidios¹¹. El tratamiento comunitario intensivo reduce costes, mejora los resultados clínico-sociales y la satisfacción. Para Marshall y Lockwood¹² los gestores deben desarrollar esta forma de tratamiento. Por el contrario, los servicios basados en *case management* son

más caros, producen más ingresos y peores resultados, por lo que, según Marshall y Lockwood¹³, los gestores que se basen en criterios de medicina basada en la evidencia deben desechar este sistema.

Sin embargo, la aparente evidencia de efectividad de los servicios comunitarios es también criticada pues es bien diferente el resultado de los servicios que se someten a las condiciones de un ensayo científico por un tiempo limitado que las condiciones clínicas rutinarias de los centros de salud mental. Esa eficacia demostrada en los ensayos científicos debe convertirse en efectividad en la clínica diaria¹⁴. Éste es uno de los aspectos más importantes que aborda el estudio PRiSM de comparación de los resultados de dos servicios comunitarios de Londres. Uno de ellos utiliza un modelo “intensivo” o “asertivo” de intervención comunitaria, frente al modelo “habitual” de trabajo con equipos comunitarios. El *British Journal of Psychiatry* presenta los hallazgos de este estudio en 10 artículos que aparecen en el número de noviembre del 98 dedicado monográficamente a ello¹⁵⁻²⁴. Se describen las variables sociodemográficas, los servicios comunitarios, los sucesos negativos (muertes incluyendo suicidios, violencia, pérdida de vivienda, pérdida del contacto con los servicios), resultados clínicos, costes, impacto sobre los cuidadores, sobre la red social de los pacientes, sobre las necesidades y la satisfacción, y sobre la calidad de vida, en cada uno de los dos modelos.

En todas las variables estudiadas ambas intervenciones comunitarias resultan efectivas, y comparándolas entre ellas hay pocas diferencias. Quizá lo más destacable es precisamente esa falta de diferencia entre el modelo intensivo y el normal, incluso resultando mejor éste en variables como la adaptación social y los síntomas, y siendo el modelo intensivo mucho más caro. La afirmación de Marshall y Lockwood¹² de que los gestores deben financiar esta forma de intervención es aquí la contraria: no merece la pena, al menos de forma generalizada, desarrollar programas comunitarios intensivos. Otro dato relevante es el que este estudio no confirma que haya aumento de violencia o de otros efectos negativos como poca satisfacción de los familiares por aumento de la carga con el modelo comunitario. Comparados entre ellos resulta que con el modelo intensivo aumentan los actos violentos. Tyrer⁵, en el editorial de ese número, destaca este hecho como clave, al ser ésta la mayor preocupación del público. Para Thornicroft²⁴, en el artículo final de conclusiones, a modo de resumen afirma que el estudio PRiSM confirma que el modelo comunitario es superior al hospitalocéntrico en todas las medidas estudiadas y que no hay diferencias importantes entre los diferentes abordajes comunitarios. Tyrer⁵ añade a esto que lo importante es

que se den intervenciones coordinadas, llevadas a cabo por personal formado y bien financiadas.

Estos artículos, aunque contradicen algunos de los hallazgos de los ensayos científicos reseñados (lo cual no debe sino estimular la investigación y el diseño de ensayos que permitan sacar conclusiones respecto a la eficacia y a la efectividad de las intervenciones¹⁴), confirman la efectividad de la atención comunitaria, y aparecen en un buen momento para apoyar la financiación de programas comunitarios en una época en que parece que la presión del dinero y de la gestión desde los hospitales los hace correr peligro.

Bibliografía

1. Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(3):411-9.
2. O'Driscoll C. The TAPS Project 7: Mental hospital closure—a literature review of outcome studies and evaluative techniques. *Br J Psychiatry* 1993;162 Suppl 19:7-19.
3. Dedman P. Home treatment for acute psychiatric disorder. *BMJ* 1993; 306:1359-1360.
4. Coid J. Failure in community care: psychiatry's dilemma. *BMJ* 1994; 308: 805-806.
5. Tyrer P. Whither community care? *Br J Psychiatry* 1998; 173: 359.
6. Department of Health. Modernising mental health services. London: Department of Health, 1998.
7. Marshall M. Modernising mental health services (Editorial) *BMJ* 1999;318:3-4.
8. Munizza C, De Jong P, Perris C, et al. Psychiatric Rehabilitation-Standardization of procedures for the assessment of activities and costs/benefits. En: Baert AE, Baig SS, Bardoux C, Fracchia GN, Hallen M, Le Dour O, et al. editores. *Biomedical and Health Research. The BIOMED I Programme.* Amsterdam: IOS Press; 1995.
9. Salvador-Carulla L, Romero C, Rodríguez-Blázquez C, Atienza C, Velázquez R. ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1998 Septiembre [citado 1 Dic 1998];2(3):[13 pantallas]. Disponible en: URL:
10. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
11. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
12. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
13. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
14. Wells KB. Treatment research at the crossroads: the scientific interface of the clinical trial and effectiveness research. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 5-10.
15. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, et al. Rationale and design. PRiSM Psychosis Study 1. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 363.

16. Becker T, Holloway F, McCrone P, Thornicroft G. Evolving service interventions in Nunhead and Norwood. PRISM Psychosis Study 2. Br J Psychiatry 1998; 173: 371.
17. Johnson S, Leese M, Brooks L, et al. Frequency and predictors of adverse events. PRISM Psychosis Study 3. Br J Psychiatry 1998; 173: 376.
18. Wykes T, Leese M, Taylor M, Phelan M. Effects of community services on disability and symptoms. PRISM Psychosis Study 4. Br J Psychiatry 1998; 173: 385.
19. McCrone P, Thornicroft G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Johnson S. Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study 5. Br J Psychiatry 1998; 173: 391.
20. Szmukler GI, Wyke T, Parkman S. Care-giving and the impact on carers of a community mental health service. PRISM Psychosis Study 6. Br J Psychiatry 1998; 173: 399.
21. Becker T, Leese M, McCrone P, Clarkson P, Szmukler G, Thornicroft G. Impact of community mental health services on users' social networks. PRISM Psychosis Study 7. Br J Psychiatry 1998; 173: 404.
22. Leese M, Johnson S, Slade M, et al. User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRISM Psychosis Study 8. Br J Psychiatry 1998; 173: 409.
23. Taylor RE, Leese M, Clarkson P, Holloway F, Thornicroft G. Quality of life outcomes for intensive versus standard community mental health services. PRISM Psychosis Study 9. Br J Psychiatry 1998; 173: 416.
24. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmukler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study 10. Br J Psychiatry 1998; 173: 423.

“Cambia tu conducta, cambia tu cerebro”. Nuevas propuestas para los tratamientos de los trastornos de ansiedad

J. Mas Hesse

Psiquiatra

Coordinadora Hospital de Día Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Madrid

En los últimos años se multiplican los estudios sobre la idoneidad de uno u otro tratamiento en los distintos trastornos mentales. Especialmente interesantes son los que contemplan entre las posibles indicaciones los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, tanto como opción única como combinados entre sí. Estos estudios, además de dar la posibilidad de establecer una guía mínimamente consensuada a la hora de elegir un tratamiento para una patología determinada (que siempre deberá adaptarse, además, a lo que resulte idóneo para cada paciente), están mostrando lo que por otra parte ya sabíamos, quizás más en el plano intelectual que en el práctico: que el ser humano es complejo, que en él lo psíquico y lo cerebral están íntimamente intrincados y que la dicotomía mente/cerebro puede ser definitivamente desterrada. En los trastornos de ansiedad, como en la mayoría de los trastornos mentales, se combinan con frecuencia en la práctica tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, pero hay poca información de lo que puede esperarse de esta combinación, de si sus efectos son positivos, negativos o nulos¹. Excepto para el trastorno de pánico con agorafobia, hay pocos estudios sobre tra-

tamiento combinado en este campo¹. Actualmente² estamos en medio de una primera generación de estudios multicéntricos que examinan los efectos separados y combinados los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. Barlow y Lehman² opinan que estos estudios darán información no sólo sobre posibles efectos sinérgicos, sino también sobre la adecuación de paciente y tratamiento y, por tanto, sobre la necesidad de desarrollar unos u otros en los lugares que actualmente sólo se puede aplicar uno de ellos. Finalmente, están dando la oportunidad de examinar los efectos de los tratamientos de mantenimiento a largo plazo, especialmente en los trastornos de ansiedad crónicos que hay que atender a lo largo de toda la vida del paciente.

Trastorno por ansiedad generalizada

Para Hoehn-Saric³, tanto los síntomas psíquicos como los somáticos están acondicionando la psicopatología de estos tests. Para tal afirmación se basa en sus investigaciones comparando las experiencias subjetivas de

estos paciente y los resultados de estudios fisiológicos, en las que halla diferencias entre lo que ellos afirman sentir y lo que se observa con respecto al *hiperarousal* autonómico, que en la mayoría de ellos no está aumentado, y en la rigidez de su respuesta al estrés. Propone que la rigidez de la respuesta puede estar condicionada porque la atención del paciente está centrada en eventos internos y que la inconsistencia entre lo que refieren sentir y lo que se observa en el plano autonómico, está condicionado por una alteración de las sensaciones corporales provocada por factores psicológicos que lleven a distorsiones perceptuales. Una expectación y atención excesivas pueden exagerar las sensaciones corporales, pero su alteración puede llevar a no atender estos estados que previamente causan tanto malestar. Ya hace casi una década, Beaudry, en *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*, editado por Beitman y Klerman en American Psychiatric Press, afirmaba que, si bien las aproximaciones terapéuticas posibles al trastorno de ansiedad generalizada son muchas, se considera de elección la combinación de psicoterapia y farmacoterapia ya que, al ser un trastorno que tiende a la cronicidad, el tratamiento debe dirigirse no sólo a reducir la sintomatología, sino a resolver sus causas psicológicas. Actualmente, la discusión se dirige más al tipo de fármaco y de terapia a combinar. Así, Hindmarch⁴, que considera que la ansiedad es debida, en gran parte, a una alteración de la cognición y al uso de esquemas maladaptativos, critica por antiterapéuticas a las benzodiazepinas, que reducen la capacidad cognitiva y pueden provocar dependencia y síndrome de abstinencia, decantándose por el uso de otros fármacos, como antidepresivos e hidroxicina. No es ésta una opción compartida por todos los autores, ya que otros¹ encuentran mejores resultados al tratar trastornos de ansiedad combinando la terapia cognitiva con diazepam y concluyen que, si bien las benzodiazepinas pueden interferir con el tratamiento conductual, no parecen hacerlo con el cognitivo.

Trastorno de pánico

Sabemos que⁵ tanto la psicoterapia, específicamente la terapia cognitivo-conductual focalizada en el pánico, como la medicación, han mostrado ser eficaces en su tratamiento y no hay pruebas convincentes de que una de estas modalidades de tratamiento sea superior a la otra. Además, funcionan de manera intrincada, de modo que sus efectos, si se aplican juntos, no son sumativos sino sinérgicos. La imipramina actúa sobre el pánico y la exposición sobre la agorafobia, pero, además, la imipramina facilita el efecto de la exposi-

ción. Por el contrario, las benzodiazepinas, sobre todo las de alta potencia, pueden interferir con ellos². Está próximo a acabarse un estudio multicéntrico sobre estos tratamientos y los resultados preliminares indican una marcada ventaja para los tratamientos combinando terapia la cognitivo-conductual e imipramina⁵. Si lo que se elige es una benzodiazepina y tratamiento psicossocial, la aplicación debe ser secuencial.

Aunque aún no puede identificarse exactamente qué pacientes pueden beneficiarse más de una u otra modalidad de tratamiento, se admite que, en el trastorno de pánico⁵, la elección debe hacerse, en primer término, entre terapia cognitivo-conductual centrada en el pánico y psicofármacos (antidepresivos tricíclicos del tipo de la imipramina, ISRS o benzodiazepinas) y esta elección dependerá de la evaluación individualizada de eficacia, beneficios y riesgos y de las preferencias de cada paciente. Los pacientes que no mejoran en seis/ocho semanas con un tratamiento deben ser reevaluados con respecto al diagnóstico y la necesidad de un tratamiento diferente combinado (se supone que éste es más conveniente para aquellos con mala respuesta o con agorafobia severa). Hay que considerar también la conveniencia de otra intervención psicoterapéutica (terapia familiar, terapia analítica...). Wirbob⁶ encuentra mejores medidas de seguimiento combinando la terapia analítica con psicofármacos que en otros estudios de tratamiento combinado, y menos recaídas que con farmacoterapia sola. En cuanto a las recaídas, los estudios longitudinales¹ han desmentido las creencias previas, mostrando que con terapia como con fármacos hay recaídas. No se sabe cuándo es más efectivo volver a aplicar la terapia completa a los pacientes que recaen, intentar prevenir recaídas con "reinyecciones" de terapia o continuar con psicofármacos. A los pacientes que recaen se les puede ofrecer medicación o terapia. A los que quedan asintomáticos se les considera "vulnerables" y deben saber que pueden recaer y que, si esto ocurre, hay que volver al tratamiento para yugular los síntomas.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Es el trastorno de ansiedad de más difícil tratamiento⁶, con sólo un 6% de respuesta al placebo.

Neziroglu y Hsia⁷ proponen para él un modelo de vulnerabilidad similar al de la esquizofrenia.

Se acepta actualmente que es un trastorno heterogéneo, tanto en sus manifestaciones como en su respuesta terapéutica⁸, y que el tratamiento de elección consiste en fármacos ISRS si sólo hay pensamientos obsesivos y

una combinación de éstos y terapia de exposición con prevención de respuesta si hay rituales. Esto no significa, como podría pensarse, que el TOC y los trastornos depresivos estén vinculados, sino que en ambos puede haber una alteración relacionada con la serotonina, ya que en los TOC funcionan los ISRS pero no otros anti-depresivos⁸.

En este trastorno se están obteniendo informaciones sobre el funcionamiento cerebral que ayuda a entender de una nueva forma el impacto que ejercen sobre él la conducta y sus modificaciones. A partir de ellos, Schwartz⁹ concluye que la conexión entre cerebro y conducta es interactiva. Los estudios de neuroimagen, como la tomografía por emisión de positrones, han relacionado este trastorno fundamentalmente con la corteza orbitofrontal, gyrus cingular y ganglios basales. Se observa una elevación del metabolismo de la glucosa en ambos hemisferios. Este metabolismo se relaciona con el funcionamiento neuronal, por lo que se puede hipotetizar que coexiste, sin que aún sepamos con qué tipo de relación, una actividad cerebral anormal. Pues bien, los estudios de Schwartz demuestran que se normaliza tanto con medicación como con terapia conductual cuando ésta tiene éxito. Ambas tienen, por tanto, los mismos efectos sobre los neurotransmisores. Estos estudios son significativos porque confirman lo que hasta ahora era sólo una hipótesis, que el cambio de conducta debido a la psicoterapia puede provocar cam-

bios neuroquímicos en el cerebro que antes se asociaban sólo con medicación. Es por esto por lo que Schwartz propone “Cambia tu conducta, cambia tu cerebro”.

Bibliografía

1. Lader MH, Bond AJ. Interaction of pharmacological and psychological treatments of anxiety. *Br J Psychiatry* 1998; 173(8): Sup 34: 42-59.
2. Barlow DH, Lehman CL. Advances in the psychological treatment of anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 53: 727-735.
3. Hohn-Saric R. Psychic and somatic anxiety: worries, somatic symptoms and physiological changes. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 Sup 393: 32-38.
4. Hindmarch Y. Cognition and anxiety: the cognitive effects of anti-anxiety modulation. *Acta Psychiatr Scand* 1998; Sup 393: 89-94.
5. APA. Practice Guideline for the treatment of patients with panic disorders. *Am J Psychiatry* 1998; 155(5).
6. Wirbob IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch of Psych* 1996; 53(8).
7. Neziroglu F, Hsia C. Reconceptualization of behavior therapy for obsessive compulsive disorder from a learning and neurochemical perspective. *CNS Spectrums* 1998; 3: 47-53.
8. Chappa HJ. Tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de los trastornos obsesivo-compulsivos. *Desarrollos en Psiquiatría Argentina* 1996; 1(1): 77-85.
9. Schwartz JM. Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173 Sup 135: 38-44.