

La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (*case management*) en Cataluña: el programa PSI-TMS

J. Balsera Gómez^a, C. Rodríguez Medina^a, R. Caba Calvet^a, R. Vega Prada^a, H. Ruiz Ureña^a, L. Berrueto Ortiz[†], D. Clusa Gironella^b, M. J. Rodríguez Montes^a y J. M. Haro Abad^a

^aSant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat. ^bFundació Hospital St. Pere Claver. Badalona.

Implementation and evaluation of case management in Catalonia: The ISP-SMD program

Resumen

Introducción. La prueba piloto del Programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS) constituye la implantación en Cataluña de lo que en otros países se ha llamado «gestión de casos» (*case management*).

Metodología. El PSI-TMS se ha implantado en dos circuitos asistenciales y se expandirá en los próximos años al resto de Cataluña. El programa va dirigido a las personas con trastornos mentales graves y persistentes que padecen una grave repercusión sociofamiliar o una utilización inadecuada de recursos sanitarios. El PSI-TMS es un programa de intervención comunitaria que centra sus actividades en la atención directa y la coordinación entre servicios. Treinta pacientes han sido incluidos en la evaluación inicial.

Resultados. La evaluación de la prueba piloto ha mostrado que, respecto a la entrada en el programa, los usuarios presentan un mejor estado clínico, disminuyen sus necesidades no cubiertas, utilizan mejor los recursos sanitarios y presentan unos costes de tratamiento menores. La satisfacción de los usuarios, familiares y profesionales con el programa es muy alta.

Conclusiones. Como conclusión afirmamos que la adaptación e implantación del modelo de gestión de casos en Cataluña es posible y efectiva.

Palabras clave: gestión de caso, psiquiatría comunitaria, trastorno mental severo.

Summary

Introduction. The pilot study of the Individualized Service Program for people with Severe Mental Disorders (ISP-SMD) consists of the implementation of case management services in Catalonia.

Methodology. The ISP-SMD has been implemented in two health care sectors and will be expanded to the rest of Catalonia in the next years. The program serves people with persistent mental disorders who have serious social or family problems and/or who have inadequate mental health service use (high use of inpatient services, no use of community services). The ISP-SMD is a community intervention program that focuses its activities on direct care and coordination between services. Thirty patients have been included in the evaluation.

Results. The results of the pilot study have shown that, compared to the year before entering the program, the patients show better clinical status, they decrease their unmet need level, they have more appropriate use of health services and have lower treatment costs. Satisfaction of the patients, family members and professionals with the program is very high.

Conclusion. It is possible to adapt and implement case management services in Catalonia. When implemented, they improve patient quality of life.

Key words: case management, community psychiatry, severe mental disorders.

CORRESPONDENCIA:

J. M. Haro Abad.
Unitat de Recerca i Desenvolupament.
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.
C/ Dr. Antoni Pujadas 42
08830 Sant Boi de Llobregat. Barcelona.
Correo electrónico: jmharo@sjd-ssm.com.

[†] Dedicado a la memoria de nuestro compañero Lluís Berrueto Ortiz, que compartió con ilusión y empeño el inicio e implantación del Programa PSI-TMS.

INTRODUCCIÓN

Este artículo presenta la implantación y evaluación del Plan de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS) en Cataluña, el cual se basa en los modelos de gestión de casos (GC o *case management*). Describiremos la situación de los programas de gestión de casos en los países desarrollados, describiremos nuestro programa y analizaremos su evaluación.

Los modelos de GC para los trastornos mentales se inician en Estados Unidos¹ hace más de 20 años. Su objetivo es atender a personas con trastornos mentales graves y persistentes, en terminología anglosajona denominados trastornos mentales severos¹.

Existen diferentes modelos o sistemas organizativos para la gestión de casos. El modelo gestión de casos administrativo es el que históricamente surge primero. En él el gestor de casos (*case manager*) sencillamente contrata los servicios que ha de utilizar el usuario. Posteriormente surge el tratamiento asertivo comunitario¹, consistente en un equipo multidisciplinar que realiza todo el tratamiento de los usuarios en la comunidad y que sustituye a los centros de salud mental para la población atendida. Posteriormente aparece tratamiento intensivo comunitario. Este modelo lo llevan a cabo profesionales diplomados universitarios que hacen gestión de casos incorporando elementos clínicos y que están en contacto directo con los usuarios. En este último modelo, los gestores de casos se apoyan en los servicios asistenciales existentes para el tratamiento de las personas atendidas, y ha sido el escogido para la adaptación e implantación en Cataluña.

Actualmente, los modelos de gestión de casos están implantados en muchos países europeos, entre ellos el Reino Unido, Holanda, Australia y Alemania. Desde los primeros estudios de Test y Stein¹, muchos de los programas han incluido su evaluación. La mayoría de los trabajos concluyen que estos modelos son efectivos para mejorar la calidad de vida de las personas que atienden²⁻⁵, aunque un reciente metaanálisis parece encontrar resultados contrarios⁶. Sin embargo las conclusiones de este último estudio deben analizarse con cautela, puesto que hace una revisión conjunta de todos los modelos de gestión de casos, cuando ya se ha demostrado que son los modelos de tratamiento asertivo comunitario y tratamiento intensivo comunitario los realmente efectivos. La revisión de la literatura publicada durante los últimos 5 años, realizada por los autores, nos indica que los beneficios de la gestión de casos se muestran en diversas áreas:

1. Reducción de la gravedad, de la duración y número de hospitalizaciones^{2,4,7-12}.
2. Mejora del acceso a los dispositivos comunitarios de atención psiquiátrica y social¹³.
3. Aumento de las necesidades cubiertas⁹.
4. Aumento de la satisfacción con los servicios tanto de los usuarios como de las familias¹⁴.
5. Mejor funcionamiento social^{10-12,14}, entendido como mejor adaptación y un aumento de las redes de apoyo social de las personas atendidas.
6. Reducción de las interrupciones del tratamiento^{2,3}.
7. Reducción de los costes sanitarios^{11,12,15-17}.
8. Mejora de la calidad de vida percibida¹⁶, a pesar de que la mayoría de los estudios retrospectivos aseguran que la relación con el aumento de la calidad de vida es aún un elemento que se tiene que definir más cuidadosamente.

EL PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

El PSI-TMS surge de la necesidad de ofrecer una atención adecuada y suficiente a las personas con trastornos mentales graves y persistentes*, y a sus familias, cuando se presenta una grave repercusión familiar y/o uso inapropiado de recursos sanitarios, ya sea por una falta de vinculación a los equipamientos comunitarios o por un excesivo consumo de recursos hospitalarios.

La prueba piloto del PSI-TMS se inició en el año 1997 en dos circuitos asistenciales de la red de salud mental: el circuito de Gavà y el circuito de Sants-Montjuïc. Se constituyó un equipo de profesionales integrado por 4 coordinadores de proyecto individual (CPI, en terminología americana llamados *case managers*), el coordinador del PSI y los coordinadores de los centros de salud mental (CSM) de las áreas donde se implantó.

El equipo es móvil, los CPI solamente tienen un despacho compartido (no hay ningún contacto con los usuarios en el despacho, solamente cuando se acompaña al usuario a las visitas con otros profesionales), desplazándose a los lugares donde están los usuarios o los profesionales con los que trabajan. Las actividades asistenciales son realizadas por los 4 CPI, que se reúnen cada mañana. La reunión de equipo que integra todos los miembros tiene lugar una vez por semana. Esta reunión tiene entre sus funciones la discusión de los casos derivados y su aceptación, el diseño definitivo de los planes de atención y el seguimiento de todos los casos.

El PSI-TMS plantea que los servicios de salud mental no son lo suficientemente flexibles, adaptables y sensibles para proporcionar a las personas atendidas por el PSI-TMS una respuesta a sus demandas y necesidades. Es por ello que el PSI-TMS da relevancia a los deseos y peticiones de los usuarios, y prioriza la relación con el usuario frente a otros valores, como por ejemplo el tratamiento del trastorno psiquiátrico. Los principios de acción del PSI están basados en el modelo de recuperación de Anthony¹⁸.

El programa intenta, a través del establecimiento de un único responsable o CPI para cada usuario, la realización de un plan de atención que tenga en cuenta la opinión de los profesionales y las preferencias del usuario y su familia, e intente abarcar todas las necesidades asistenciales presentes. Tres principios básicos definen la actividad: el usuario es el centro de atención (es necesario adaptar los servicios disponibles a sus necesidades); la relación usuario - CPI es un elemento terapéutico.

* En Cataluña se ha definido el concepto de trastorno mental severo (TMS), que incluye personas con trastornos mentales graves y persistentes. Los criterios de TMS son: tener un diagnóstico psiquiátrico de trastorno psicótico, depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno de personalidad grave; una puntuación en la escala de evaluación de la actividad global (GAF) menor de 50 y duración del trastorno superior a dos años.

co básico, ya que facilitará la recuperación del usuario y lo involucrará en su tratamiento; y la asistencia se realiza donde está el usuario (domicilio, calle, servicios, etc.)¹⁷.

Las actividades de los CPI se dividen básicamente en actividades de atención directa y de coordinación. Las actividades de atención directa incluyen la vinculación del usuario, la cual se produce a través de contactos personales en el lugar en el que el usuario está: hospital, domicilio, recursos asistenciales, APS, calle, etc. La relación con la familia del usuario es primordial, pues se considera un elemento de apoyo esencial para conseguir los objetivos del programa. En algunos casos el contacto con la familia es previo al contacto con el usuario, por ejemplo cuando la relación con los servicios asistenciales la tiene la familia y no éste. Una vez contactado el usuario y recogidas las opiniones de los profesionales que están en contacto con él, se realiza el primer plan de atención, que se revisa cada 6 meses, y tantas veces como sea necesario. En el plan de atención se explicita la situación del usuario, sus necesidades y el conjunto de acciones coordinadas entre los diferentes operadores (de la red de salud mental, de servicios sociales, del PSI) que deben pretender mejorar la calidad de vida del usuario y de su familia. El CPI se encarga de realizar el seguimiento de todas estas intervenciones, transmitir la información, coordinarlas y generar iniciativas ante las necesidades del usuario.

La intervención directa no es únicamente establecer la vinculación y definir una relación de confianza que permita el crecimiento del usuario, sino ayudarlo en sus necesidades con el objetivo de promover un proceso que ha de acabar en la máxima autonomía. Dentro de la atención directa se incluyen tareas de refuerzo, de concienciación de enfermedad, de apoyo emocional, de acompañamiento, etc.

El segundo grupo de actividades son las de coordinación con las redes asistenciales. Se realizan a través de reuniones periódicas, reuniones específicas y contactos puntuales, tanto personales como telefónicos. Cada una de estas actividades es adecuada para un tipo de funciones. El criterio general es intentar trabajar al máximo con contactos personales y telefónicos y no sobrecargar las agendas de los profesionales. Asimismo, hay momentos en que es necesario realizar reuniones específicas para discutir un caso, como por ejemplo cuando intervienen muchos servicios o cuando existen discrepancias de criterio entre diferentes profesionales.

PACIENTES Y MÉTODOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO

La implantación del PSI-TMS ha sido acompañada de una evaluación de los resultados, realizada a partir de información cualitativa y cuantitativa obtenida de usuarios, familiares y profesionales. Los resultados presentados corresponden a los 30 primeros usuarios incluidos en el programa.

La población incluida en el estudio viene definida por los criterios de entrada en el programa PSI-TMS definidos anteriormente. De los pacientes evaluados, el 78% tenía el diagnóstico de esquizofrenia, el 13,5% de psicosis no afectivas, el 4,5% de trastorno afectivo y finalmente el 4,5% restante agrupa otros trastornos. Respecto de la procedencia, 61,42% fue derivado por los centros de salud mental de zona, el 34,28% por unidades hospitalarias y el 4,28% restante lo fue por los servicios sociales de los ayuntamientos. El 40% eran mujeres y el 60% hombres, la media de edad era de 40 años.

Todos los usuarios fueron evaluados mediante una entrevista individual y familiar y se consultaron sus historias clínicas. Se utilizaron los siguientes instrumentos^{5,19-22}:

1. Escala de evaluación de la actividad global (EEAF) (GAF en inglés)²³.

2. Escala de discapacidad de la Organización Mundial de la salud (OMS) (DAS-sv). La DAS-sv es la escala que mide la discapacidad en la CIE-10. Consta de 4 subescalas (cuidado personal, funcionamiento familiar, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en el contexto social general). Las puntuaciones van de 0 a 5, siendo 5 el mayor grado de discapacidad.

3. Escala PANSS²⁴.

4. El cuestionario CAN (*Camberwell Assessment of Need*)²⁵. Este instrumento evalúa las necesidades presentes en 22 dimensiones, que cubren las actividades de la vida cotidiana, el tratamiento, las relaciones familiares, las relaciones sociales y la situación laboral. El CAN determina si una necesidad está presente y si ésta es grave y no está cubierta. Además, por cada una de las necesidades en las que la persona está recibiendo ayuda, el CAN califica su tipo y calidad.

5. Utilización de recursos sanitarios, con un cuestionario adaptado del *Client Service Receipt Inventory* (CSRI)²⁶.

La evaluación se realizó a la entrada en el programa y al año. Además, al año se administró a usuarios y familiares sendos cuestionarios de satisfacción con los servicios, adaptados de los cuestionarios de satisfacción. Los profesionales que habían estado en contacto con el programa también completaron un cuestionario de valoración del PSI-TMS.

Cálculo de los costes

El cálculo de los costes directos de tratamiento fue realizado a partir de la utilización de servicios y de los costes unitarios de cada uno de los servicios. Los costes unitarios son costes reales calculados a partir de los datos económicos de Sant Joan de Déu-SSM para el año 1997 y se han actualizado con el IPC hasta el año 1999. No se han incluido costes del tratamiento farmacológico.

Análisis estadístico

Los análisis realizados son la comparación del estado de los usuarios al año de entrada en el programa res-

TABLA 1. Estado clínico, funcionamiento global y discapacidad a la entrada y al año en el programa

	<i>Puntuación entrada</i>	<i>Puntuación al año</i>
PANSS positiva**	25,5 (DE: 7,99)	18,9 (DE: 7,56)
PANSS negativa**	31,6 (DE: 8,88)	23,9 (DE: 8,93)
PANSS general**	58,0 (DE: 13,17)	44,9 (DE: 12,95)
PANSS total**	115,1 (DE: 14,71)	87,8 (DE: 10,76)
EAGG**	36,1 (DE: 10,71)	42,5 (DE: 9,93)
DAS-cuidado personal*	2,9 (DE: 1)	2,2 (DE: 1,03)
DAS-familiar**	3,7 (DE: 0,56)	2,9 (DE: 0,66)
DAS-ocupacional*	3,9 (DE: 0,84)	3,4 (DE: 1,06)
DAS-contexto social**	3,7 (DE: 0,72)	2,8 (DE: 0,88)

* $p < 0,05$ **; $p < 0,001$.

pecto de la evaluación inicial. Se han realizado pruebas de «t»-Student para las variables continuas y Chi-cuadrado para las categóricas. Debido a la distribución muy asimétrica de los costes sanitarios, los resultados se replicaron con pruebas no paramétricas (prueba de Kruskal-Wallis).

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el cambio en el estado clínico, el funcionamiento global y la discapacidad entre la entrada en el programa y el año siguiente. Existe una mejora significativa en todos los aspectos estudiados. La escala EEAG evalúa el funcionamiento global de la persona; a la entrada en el programa, 14 personas tenían una puntuación igual o menor de 30 (la conducta está considerablemente influenciada por ideas delirantes o alucinaciones, o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio, o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas). Al año, sólo 4 personas seguían en esta situación.

A la entrada en el programa, según los resultados del cuestionario CAN, las personas incluidas tenían una media de 10,1 necesidades (desviación estándar [DE] 2,7) de las cuales 5,0 (DE: 1,8) eran graves y no estaban cubiertas. Después de un año de estar en el programa el número de necesidades totales era de 7,6 (DE: 2,9) y el de no cubiertas de 2,7 (DE: 2,2). En los dos casos la disminución es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La tabla 2 muestra el cambio de las necesidades de los usuarios durante el primer año en el que están en el programa. Las necesidades que con más frecuencia están presentes a la entrada son las que se relacionan con las actividades diarias, con la presencia de síntomas psicóticos, compañía, administración del dinero y cuidado del hogar. Las necesidades graves no cubiertas eran las actividades diarias, la compañía, los síntomas psicóticos, la sexualidad y la sensación de angustia. Las necesidades de los usuarios disminuyen después de un año de segui-

TABLA 2. Porcentaje de necesidades no cubiertas a la entrada en el programa y al año según el cuestionario CAN

<i>Necesidad no cubierta</i>	<i>Año previo</i>	<i>Al año</i>
Seguridad otros	7	0
Seguridad uno mismo	7	0
Angustia	40	10
Información	20	7
Síntomas psicóticos	50	30
Salud física	10	3
Ayudas sociales	33	3
Dinero	33	13
Transporte	20	10
Teléfono	10	7
Educación	10	3
Cuidado de los hijos	20	17
Actividades diarias	80	57
Autocuidado	23	17
Cuidado del hogar	17	13
Alimentación	13	13
Alojamiento	7	0
Sexualidad	43	3
Relaciones de pareja	17	10
Compañía	77	60
Drogas	10	10
Alcohol	7	3

miento. Las necesidades que mejoran más son las de ayudas sociales, sensación de angustia, cuidado del hogar, información, seguridad hacia los otros y sexualidad. En todos estos casos un alto porcentaje de los usuarios deja de tener la necesidad o pasan a tener la necesidad cubierta. Las necesidades que prácticamente se consiguen cubrir en todas las personas son alojamiento, seguridad para ellos mismos y para los otros, educación y ayudas sociales.

Uno de los criterios de entrada en el programa PSI es una utilización inadecuada de servicios sanitarios. Por lo tanto no es extraño que los usuarios tengan una alta utilización de servicios hospitalarios y baja utilización de servicios ambulatorios. Durante el año previo a la entrada al programa el número medio de ingresos era de 1,8 (DE: 1,7), mientras que en el primer año del programa el número medio era de 0,53 (DE: 0,7) ($p < 0,001$). Las estancias en el hospital psiquiátrico bajan también de 76,9 días (DE: 80,7) a 53 días (DE: 101,5). Se ha de remarcar que esta última cifra está influida por el hecho de que hay dos usuarios que ingresan en la unidad de media y larga estancia. Si eliminamos estos dos ingresos, el número de estancias medio durante el primer año en el programa es de 38,1 días (DE: 73,9) y la disminución casi llega a ser estadísticamente significativa ($p = 0,067$).

Las visitas ambulatorias aumentan de manera significativa ($p < 0,05$) después de un año en el programa. Mientras que la media durante el año previo era de 7,9 (DE: 9,89) visitas por persona y año, ésta asciende a 13,6 (DE: 8,24). También aumentan las estancias en el centro

TABLA 3. Costes directos en el año previo a la entrada y en el primer año en el programa (en euros)

	<i>Costes año previo a entrada</i>	<i>Costes primer año</i>
Urgencias		
Media (DE)	191,48 (7)	38,3 (5)
Mediana	134,04	0
Estancias hospital		
Media (DE)	6.765,71 (202)	3.893,48 (205)
Mediana	5.495,55	0
Visitas ambulatorias		
Media (DE)	344,67 (12)	599,98 (10)
Mediana	217,01	638,27
Hospital de día		
Media (DE)	338,29 (53)	25,53 (3)
Mediana	0	0
Centro de día		
Media (DE)	25,53 (4)	434,03 (24)
Mediana	0	0
Costes totales		
Media (DE)	7.672,06 (202)	4.984,93 (199)
Mediana	5.865,75	3.031,81

de día (de 1,7 a 25,7; $p < 0,01$) y bajan las estancias en el hospital de día.

Los costes sanitarios directos disminuyen en más de 2.600 euros por paciente y año (tabla 3). Los recursos hospitalarios (ingresos, visitas a urgencias, hospital de día) disminuyen de manera muy importante, mientras, como es previsto, aumentan los gastos de los recursos comunitarios. Si tenemos en cuenta que cada uno de los CPI atiende a 15 personas, la disminución del gasto asociado a cada CPI es de 40.320 euros.

Para conocer el grado de satisfacción que los usuarios del programa y sus familias tienen respecto a la atención recibida del programa PSI-TMS se diseñó una encuesta de satisfacción. Los resultados presentados corresponden a las respuestas de 28 usuarios y 20 familiares. La tabla 4 muestra los resultados de la encuesta de los usuarios y la tabla 5 los de los familiares. Observamos que la satisfacción de los usuarios en general es alta, ya que en todos los apartados más del 80% de los usuarios están bastante o muy satisfechos de la atención recibida. La menor satisfacción está en la facilidad de contacto con el CPI, aspecto que será necesario estudiar con detenimiento, ya que los usuarios están satisfechos con la frecuencia de contacto. Cada uno de los CPI tiene un teléfono móvil para ser contactado por el usuario y familiares. El 93% de los usuarios recomendaría el programa a otras personas y el 82% desearían volver a ser atendidos por el programa. Para valorar estas cifras se ha de tener en cuenta el perfil del usuario, personas cuya vinculación anterior a los servicios era mala o nula.

TABLA 4. Grado de satisfacción de los usuarios del programa

	<i>Poco o nada satisfecho</i>	<i>Bastante o muy satisfecho</i>
Frecuencia de contacto	4	96
Tiempo que pasa con el CPI	11	89
Facilidad de contacto con el CPI	19	81
Confidencialidad e información	15	85
El CPI se interesa por lo que le pasa	0	100
Puntualidad del CPI	7	93
Atención a la familia	4	82
El CPI le ayuda a sentirse mejor	15	85
El CPI le ayuda a resolver problemas	18	82
Le ayuda a mejorar la convivencia en casa	18	82
El CPI le facilita actividades fuera de casa	15	85
El CPI le ayuda a seguir el tratamiento	7	93
Satisfacción en general con el programa	11	89

CPI: coordinador de proyecto individual.

Respecto de los familiares el grado de satisfacción es también alto (tabla 5). La menor satisfacción está en el tiempo que el CPI pasa con ellos mismos y el grado de interés que muestra por lo que le pasa. Esto parece indicar

TABLA 5. Grado de satisfacción de los familiares de los usuarios del programa

	<i>Poco o nada satisfecho</i>	<i>Bastante o muy satisfecho</i>
Frecuencia de contacto con el usuario	0	100
Frecuencia de contacto con la familia	16	84
Tiempo que pasa el CPI con el usuario	15	85
Tiempo que pasa el CPI con la familia	30	70
Facilidad de contacto con el CPI	16	84
Confidencialidad de la información	5	95
El CPI se interesa por lo que le pasa al usuario	0	100
El CPI se interesa por lo que le pasa a la familia	20	80
Puntualidad del CPI	5	95
Atención a la familia	5	95
El CPI le ayuda a sentirse mejor	5	95
El CPI le ayuda a resolver problemas	10	90
Le ayuda a mejorar la convivencia en casa	15	85
El CPI facilita al usuario actividades fuera de casa	5	95
EL CPI le ayuda a contactar con servicios de salud mental	5	95
Satisfacción en general con el programa	0	100

CPI: coordinador de proyecto individual.

TABLA 6. Grado de satisfacción de los profesionales con el programa

	<i>Poco o nada satisfecho</i>	<i>Bastante o muy satisfecho</i>
La evolución de los usuarios ha sido positiva	13	87
Cree que el trabajo del PSI es positivo	6	94
El PSI mejora la convivencia familiar	20	80
El PSI resuelve las discrepancias entre profesionales	52	48
El PSI evita ingresos	15	85
El PSI mejora la coordinación del tratamiento	22	78
El PSI orienta y asesora al usuario y la familia	2	98
El PSI facilita la continuidad del tratamiento	2	98
El PSI ayuda a insertar al usuario en la comunidad	15	85
El PSI mejora la calidad de vida	17	83
El PSI ayuda a cubrir las necesidades básicas	17	83
El PSI facilita el trabajo a los profesionales	9	91

PSI: plan de servicios individualizados.

que los familiares están contentos de la atención al usuario, pero les gustaría que el CPI también les dedicara a ellos más atención. El 95% de los familiares recomendaría el programa a otras personas y el 100% quisiera volver a ser atendido por el programa.

De manera paralela a la administración del cuestionario de satisfacción para los usuarios y familiares se distribuyó un cuestionario de satisfacción a los profesionales. Se recibieron un total de 50 respuestas de profesionales de la red de salud mental, que incluyen profesionales de los servicios hospitalarios y comunitarios y de las diferentes disciplinas que los componen.

La valoración global del PSI es alta. En la puntuación de 0 a 5 un 84% de los profesionales puntúan 4 ó 5 (media 4,02; DE: 0,74). La tabla 6 muestra la respuesta a cada una de las preguntas. La satisfacción es alta; siempre por encima del 80% excepto en dos preguntas sobre si el PSI resuelve las discrepancias entre profesionales de la red y si mejora la coordinación del tratamiento. Probablemente aspectos organizativos y estratégicos del programa condicionan estas respuestas. En el PSI, la actividad y el plan de atención se basa en la información y valoraciones que hacen los usuarios, sus familias y los profesionales. Algunos de los usuarios presentan problemas que son evaluados de forma diferente por distintos profesionales. En estos casos se ha hecho énfasis en intentar poner de acuerdo a estos profesionales en lugar de imponer una opinión determinada. El hecho de que algunas veces las discrepancias no han sido resueltas de una manera rápida, puede haber condicionado este grado de satisfacción

menor. Será necesario en el futuro estudiar este punto con mucha más atención. En función de la información actual una propuesta de mejora sería dotar al PSI de más capacidad de decisión en estos casos.

DISCUSIÓN

La prueba piloto del PSI-TMS, basado en los modelos de gestión de casos, se ha implantado con éxito en Cataluña y ha logrado mejorar la calidad de vida de los usuarios atendidos. El programa PSI-TMS está asociado a una mejora a la adherencia al tratamiento, una mejor cobertura de las necesidades de los usuarios y una disminución de los costes de tratamiento. Con todo ello se consigue una mejora clínica y una disminución de la discapacidad. Nuestros resultados coinciden con numerosos estudios sobre la efectividad de la gestión de casos²⁷.

La evaluación de la prueba piloto realizada tiene algunas limitaciones metodológicas. La principal es que el diseño del estudio consiste en una comparación «antes-después» de la entrada en funcionamiento del programa. Por tanto, no existe un grupo control diferente del grupo de intervención. Los investigadores estuvieron discutiendo la posibilidad de establecer un diseño aleatorizado, pero finalmente se descartó la opción por diversos motivos. En primer lugar, por dificultades prácticas, ya que al tratarse de la implantación de un nuevo programa, existía la necesidad de que los profesionales lo conociesen y derivasen personas al equipo. La aleatorización podría influir en que los profesionales derivantes estuviesen más reacios a hacerlo. Además, al tratarse de usuarios tan necesitados nos parecía que la aleatorización podía comprometer aspectos éticos.

La evaluación de los usuarios no es ciega. Ésta fue llevada a cabo por los profesionales del PSI (excepto la escala PANSS que fue administrada por el psiquiatra del usuario). El conocimiento que los profesionales tienen de la situación y tratamiento del usuario puede haber influido en la evaluación. Aun así, este efecto no puede influir en la evaluación de la utilización de servicios. Más bien al contrario, durante el seguimiento es probable que la evaluación de los servicios haya sido mejor, lo que ha hecho posible la evaluación de los costes en el año posterior a la entrada al programa.

Además de lo anteriormente descrito, dos aspectos característicos definen el programa PSI-TMS. En primer lugar, el equipo del PSI-TMS es independiente de los equipamientos asistenciales existentes (centro de salud mental, centro de día, etc.). Esta independencia le permite una mayor movilidad y neutralidad. En segundo lugar, el equipo cubre una población de aproximadamente 250.000 personas, y por lo tanto más de un circuito asistencial. Esto permite que los equipos del PSI-TMS estén integrados por varios profesionales, puedan tener entidad en sí mismos y puedan servir de nexo de comunicación entre maneras diferentes de organizarse y trabajar. En algunos entornos urbanos, si se garantiza una gestión unitaria y la corresponsabilización explícita de todos los

proveedores, es posible pensar en unidades de población más amplias.

A partir del año 2002, y habiendo las autoridades sanitarias valorado positivamente los resultados de la prueba piloto, el PSI-TMS se extenderá a más circuitos asistenciales²⁸. Los nuevos equipos seguirán cubriendo áreas sanitarias con una población de 200 a 250.000 personas cada uno. La ciudad de Barcelona será la primera zona en la que se realizará esta extensión.

AGRADECIMIENTOS

La prueba piloto del PSI-TMS se ha realizado gracias a la financiación de la Gerencia de atención psiquiátrica y salud mental del Servei Català de la Salut (CatSalut).

BIBLIOGRAFÍA

- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment, conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:392-7.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnik SG. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74.
- Ziguras SJ, Stuart GW. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv* 2000;51:1410-21.
- Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacno J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J* 1998;34(3):241-50.
- Popkin MK, Lurie N, Manning W, Harman J, Callies A, Gray D, et al. Change in the process of Care for Medicaid Patients With Schizophrenia in Utah's Prepaid Mental Health Plan. *Psychiatr Serv* 1998;49:518-23.
- Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD 000050.
- UK700 Group. Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. *Br J Psychiatry* 1999;174:74-8.
- Mares A, Mc Guire J. Reducing Psychiatric Hospitalisation Among Mentally Ill Veterans living in Board-and-Care Homes. *Psychiatr Serv* 2000;51:914-21.
- Fiander M, Burns T. A Delphi Approach to Describing Service Models of Community Mental Health Practice. *Psychiatr Serv* 2000;51:656-8.
- 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;173:404-8.
- Jerrell JM, Ridgely S. Impact of Robustness of Program Implementation on Outcomes of Clients in Dual Diagnosis Programs. *Psychiatric Serv* 1999;50:109-12.
- Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills Training versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1087-91.
- Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR, Turk R. Service Utilisation and Cost of Community Care for Discharged State Hospital Patients: A 3-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 1999;156:920-7.
- Aberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljemberg B, Osby U. Two year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995;46:1263-6.
- Byford S. (UK700 Case management trial) Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. *Br J Psychiatry* 2000;176:537-43.
- UK700 trial. Predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 1999;175:426-32.
- Surver RW. Clinical case management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness. London: Sage Publications; 1994.
- Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16:11-23.
- Keller JE, Fisher WH, McDermeit M, Brown JM. Effects of Public Managed Care on Patterns of intensive use of Inpatient Psychiatric Services. *Psychiatr Serv* 1998;49:327-32.
- Sabin JE. Managed Care: Public-Sector Managed Behavioral Health Care: I. Developing an Effective Case Management Program. *Psychiatr Serv* 1998;49:31-3.
- Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach C, Hofstetter R, Kenworthy K. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program *Psychiatr Serv* 1995;46:365-71.
- Wood K, Anderson J. The effect on hospital admissions of psychiatric case management involving general practitioners: preliminary results. *Aust NZ J Psychiatry* 1995;29(2):223-9.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
- Peralta V, Cuesta JM. Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Psiquiatría* 1994;22:171-7.
- Rosales C, Grupo de investigación Granada Sur. Validación del CAN en castellano. Tesis doctoral no publicada.
- Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo E, Gaito L, van Wijngaarden, et al. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory-European Ver-

- sion: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. Br J Psychiatry Suppl (England) 2000;(39): 28-33.
27. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes. Medscape Psychiatry and Mental Health e-journal 2001;6 (1).
28. Ballester J. Comunicación personal. En: Complementant la xarxa d'atenció comunitària: el programa PSI. 1ª Jornada, Barcelona 26/11/2001. Organizada por FECAFAMM (Federació Catalana D'associacions de Familiars de Malalts Mentals).