

Javier Vázquez-Bourgon¹
Luis Salvador-Carulla²
José L. Vázquez-Barquero¹

Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves

¹Departamento de Psiquiatría
Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria
Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España

²Group PSICOST. Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Prevención de la Salud (RedIAPP). Cádiz. España

Objetivos. La psiquiatría comunitaria ha descansado principalmente en la utilización de dispositivos intermedios de salud mental de media y larga estancia. Persiste sin embargo en el sistema de salud mental un gran desequilibrio entre las necesidades asistenciales de los pacientes y la provisión de servicios comunitarios para el tratamiento de la patología psiquiátrica aguda y grave. Teniendo esto en consideración, el objetivo principal de éste artículo es revisar la evidencia científica actual acerca de la eficacia y la viabilidad de implementar nuevos modelos de atención psiquiátrica que permitan llenar el vacío existente en la provisión de cuidados a los pacientes agudos y graves en la comunidad y en el medio hospitalario. El artículo, finalmente, propone un modelo de atención combinada y equilibrada (*balanced care approach*) en el que se integren de manera eficaz dentro del sistema de salud mental los elementos clave de las nuevas alternativas que se han desarrollado para el tratamiento de la patología mental aguda y grave tanto en el nivel hospitalario como comunitario.

Material y método. Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura actual para identificar los elementos esenciales del tratamiento de la enfermedad psiquiátrica aguda y grave. Para ello se revisaron las bases de datos Medline (1966-2010), EMBASE (1980-2010) y PsycINFO (1985-2010) usando las palabras clave relacionadas con: Tratamiento Asertivo-comunitario; Tratamiento Domiciliario; Intervención en Crisis; "Hospital Psiquiátrico de Día, Agudo"; Desinstitucionalización; Modelos de Servicios de Salud Mental.

Resultados. Han sido identificados tres modalidades de atención psiquiátrica intensiva para el tratamiento de la patología psiquiátrica aguda y grave: Atención Intensiva y Continuada de Día (Acute Continuous Day Care -ACDC-), o también denominado "Hospital de Día de Agudos"; Atención Asertivo Comunitaria (Assertive Outreach Care -AOC-) y;

Tratamiento Agudo Domiciliario (Home Acute Care -HAC-) que también incorpora Programas de Resolución de Crisis. La viabilidad y utilidad de implementar estas distintas alternativas de atención psiquiátrica intensiva a la patología psiquiátrica aguda y grave, está avalada por la evidencia científica existente. Sin embargo, en la revisión realizada se detectó que, aun cuando dichas alternativas de atención intensiva pueden ser consideradas como complementarias y podían por lo tanto combinarse para alcanzar una mayor eficacia en la recuperación clínica y social de los pacientes, lo cierto es que se implementan de manera independiente. No se dispone por lo tanto de evidencia científica acerca de la eficacia y viabilidad de un programa integrado de asistencia que incorpore los elementos clave de cada una de ellas.

Conclusiones. Con el fin de avanzar en el Modelo Comunitario de atención a la enfermedad mental sería preciso incorporar en el Sistema de Salud Mental un "Subsistema de Atención Aguda Intensiva e Integrada" en el que se combinaran de manera eficiente y equilibrada las estrategias de intervención señaladas.

Palabras clave: Salud Mental Comunitaria, Modelos de Servicio de Salud Mental, Atención Asertivo-Comunitaria, Asistencia Aguda Domiciliaria, Resolución de crisis, Tratamiento Psiquiátrico Domiciliario, Hospital Psiquiátrico de Día de Agudos

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(6):323-32

Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients

Objectives. Community psychiatry has mainly relied upon intermediate long term care services while there is a large gap between patient's needs and availability of acute care services. Taking this into consideration, the main aim of this paper is to review the evidence supporting the efficacy and feasibility of implementing the new models of care developed to fulfil the gap in the provision of community and hospital care for acute and severely ill patients. Finally the paper will propose a "care balanced approach" to

Correspondencia:
Dr. Javier Vázquez-Bourgon
Departamento de Psiquiatría
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Universidad de Cantabria
Santander. España
Correo electrónico: javazquez@humv.es

integrate the key elements of the new alternatives of acute community and hospital care in the mental health system.

Material and Method. A review of the current literature was used to identify the key components of acute care for psychiatric illness. For this purpose Medline (1966-2010), EMBASE (1980-2010), and PsycINFO (1985-2010) databases were reviewed using key terms relating to assertive outreach, home treatment/crisis resolution, psychiatric acute day care, deinstitutionalization, Mental Health Service Models.

Results. Three main types of acute care have been identified: Acute Continuous Day Care (ACDC) –day hospitals –, Assertive Outreach Care (AOC) –Assertive Community and Assertive Outreach teams–, and Home Acute Care (HAC) –Crisis resolution, Home treatment teams–. The feasibility of these alternatives is supported by available evidence. Although these acute care alternatives may be complementary and could be combined for achieving a greater positive impact on the clinical and social recovery of the patients, there are usually implemented independently.

Conclusions. An integrative acute care subsystem combining these three strategies in a balanced care system should be formally incorporated to the advanced community model in mental health care.

Key words: Community Mental Health Care, Mental Health Service Models, Balanced Care Model, Assertive Outreach, Home Acute Care, Crisis resolution/Home treatment, Acute Day Hospital, Acute Day Care

INTRODUCCIÓN

La filosofía de la reforma psiquiátrica iniciada al inicio de los años 70 se apoyó sobre muchos de los postulados clave de la psiquiatría comunitaria¹. Estos implicaban la provisión en el Sistema Nacional de Salud de: i) atención psiquiátrica ambulatoria; ii) equipos comunitarios de salud mental; iii) atención hospitalaria aguda en el hospital general; iv) atención residencial a largo plazo en la comunidad; v) servicios comunitarios para la rehabilitación, la terapia ocupacional y la ayuda al empleo². Sin embargo, incluso en los países más avanzados, la "Reforma Psiquiátrica" perdió impulso con los años y tras haber promovido el cierre de un número significativo de hospitales psiquiátricos, no consiguió completar el proceso de reforma institucional. Aunque bien es cierto que gracias a ella se produjo un gran desarrollo de Unidades de Tratamiento Psiquiátrico Agudo en el Hospital General y sobre todo de Unidades de Salud Mental en la comunidad³. Éste crecimiento, sin embargo, no ha estado acompañado del suficiente desarrollo a nivel comunitario y hospitalario de nuevas modalidades de atención especializada para el tratamiento intensivo de la patología mental grave y aguda. Como resultado, la mayoría de los países occidentales tienen

actualmente servicios comunitarios insuficientes y fragmentados y el cuidado intensivo de los enfermos mentales agudos y graves es administrado todavía en unidades tradicionales de internamiento psiquiátrico, localizadas en los hospitales generales, e incluso en los hospitales psiquiátricos¹.

Por lo tanto, en la mayoría de los países occidentales, el nivel actual de provisión de servicios en salud mental resulta insatisfactorio y está generalmente caracterizado por: i) el escaso desarrollo y aplicación de novedosas y más eficientes estrategias de atención intensiva e integrada a pacientes agudo y graves tanto en el nivel hospitalario como comunitario; ii) el insuficiente crecimiento de los servicios intermedios comunitarios y de los programas para la atención a medio y largo plazo de las personas con enfermedad mental crónica^{3, 4}; iii) la ausencia de programas especializados de atención comunitaria para el tratamiento de pacientes con cuadros psiquiátricos particularmente complejos y severos y afectos de marcadas incapacidades⁵, y; finalmente, la ausencia de consideración en el desarrollo de los servicios de las necesidades asistenciales inherentes a las distintas fases de la enfermedad, con especial olvido del desarrollo de servicios adaptados a las fases tempranas de la enfermedad.

Estas deficiencias han generado una utilización inadecuada de las unidades tradicionales de hospitalización psiquiátrica de corta estancia, las cuales se han visto obligadas a realizar ingresos inapropiados y/o a prolongar la duración de la estancia de los pacientes en el hospital⁶. Pero probablemente más importante que esto es la falta de una adecuada provisión de programas intensivos de atención aguda en la comunidad para pacientes que sufren enfermedad mental severa. Dicha deficiencia ha provocado que aquellos pacientes psiquiátricos afectos de manera aguda de una enfermedad grave en la comunidad, se encuentren en una situación de vulnerabilidad, en la que sus necesidades en salud mental no están cubiertas de manera apropiada. Ésta deficiencia se hace todavía más evidente si consideramos que la evidencia disponible muestra que aproximadamente el 30% de los pacientes con problemas mentales graves abandona el contacto con los servicios de salud mental. El abandono del tratamiento y la insuficiente alianza terapéutica es, como proceso, extraordinariamente complejo y está mediado por factores socio-demográficos y clínicos, pero también con variables relativas a la disponibilidad, accesibilidad y nivel de aceptación de los servicios⁷. Por lo tanto, podemos argumentar que un factor clave en el abandono del cumplimiento terapéutico de estos pacientes con el tratamiento y con los servicios psiquiátricos disponibles, puede estar relacionado con la ausencia de nuevas y más aceptables estrategias de atención aguda e intensiva, tanto en los servicios comunitarios como hospitalarios.

En las últimas décadas, se han propuesto nuevos modelos de atención psiquiátrica intensiva en un intento de llenar este importante déficit en la provisión de cuidados agudos

para pacientes psiquiátricos gravemente enfermos. Representan alternativas novedosas e intermedias entre el nivel comunitario y la hospitalización de agudos para pacientes con enfermedades mentales graves. Las más importantes de estas alternativas comunitarias son: Tratamiento Agudo de Día (*Acute Day Care -ADC-*), centrado en el Hospital Psiquiátrico de Día, de Agudos; Seguimiento Asertivo Comunitario (*Assertive Outreach Care -AOC-*); y Atención Intensiva Domiciliaria, orientada a la resolución de crisis (*Home Acute Care -HAC-*)⁸. La implementación de estos servicios capaces de ofertar nuevas modalidades de tratamiento intensivo para los pacientes psiquiátricos graves y agudos esta destinada a llenar un importante vacío en la provisión de servicios en salud mental, lo cual redundaría en una mejora significativa de la efectividad de la atención psiquiátrica. En línea con éste objetivo trataremos de revisar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y viabilidad de la implementación de estas nuevas alternativas comunitarias de intervención para el tratamiento agudo e intensivo de pacientes afectados de una enfermedad mental grave.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión de la literatura actual para identificar los componentes esenciales del tratamiento agudo e intensivo de la enfermedad mental grave. Con dicho fin se revisaron las bases de datos Medline (1966-2010), EMBASE (1980-2010) y PsycINFO (1985-2010) usando las palabras clave relacionadas con: "Seguimiento Asertivo-comunitario", "Tratamiento Domiciliario", "Intervención en Crisis", "Tratamiento Psiquiátrico Agudo de Día", "Hospital Psiquiátrico de Día, de Agudos", "Desinstitucionalización", "Modelos de Servicios de Salud Mental". A partir de dicha información se realizó una revisión crítica de la literatura centrada en la viabilidad de incorporar de manera integrada dichas alternativas de modelos de intervención psiquiátrica para el tratamiento agudo e intensivo de pacientes con enfermedad mental grave, en la red de servicios comunitarios de salud mental. Finalmente, y como conclusión, se propone un nuevo modelo de atención psiquiátrica intensiva e integrada en el medio comunitario y hospitalario.

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA INTENSIVA DE DÍA (ACUTE DAY CARE -ADC-)

Desde una perspectiva histórica la atención psiquiátrica intensiva de día, centrada en la hospitalización a tiempo parcial de los enfermos psiquiátricos en un Hospital Psiquiátrico de Día, fue descrita por primera vez en los Estados Unidos a principios de los años 60 como uno de los componentes principales de la asistencia comunitaria en salud mental. Dicha propuesta representó una novedosa alternativa a la hospitalización psiquiátrica tradicional⁹. El objetivo era garantizar una atención psiquiátrica personalizada e

intensiva en una estructura asistencial que combina el nivel de supervisión intensiva propio de una unidad de internamiento psiquiátrico tradicional, con el mantenimiento de los pacientes en la comunidad, mediante la utilización de un entorno terapéutico menos restrictivo. Una característica adicional de dichas unidades es la de facilitar la adopción de una aproximación multidisciplinar y multimodal al tratamiento de la enfermedad mental así como el uso terapéutico del entorno y el tiempo.

Aunque con los años, el concepto de "hospital psiquiátrico de día", o lo que debería ser llamado con más propiedad "atención psiquiátrica de día", ha sido usado para denominar diferentes tipos de unidades, en nuestros días está ampliamente aceptado que, respecto a la atención a las enfermedades mentales graves, el concepto de hospital de día se refiere principalmente a tres tipos diferentes de servicios, que difieren en su estructura y función: "Hospital Psiquiátrico de Día de Agudos", dirigido a administrar en régimen de ingreso a tiempo parcial durante el día, atención intensiva y continuada a pacientes agudos y graves, y que se configura como una alternativa a la atención hospitalaria tradicional, permitiendo el ingreso de los pacientes desde el inicio del episodio agudo; "Hospital Psiquiátrico de Día de Sub-agudos" como estructura en cierta medida similar pero que se limita a promover el alta temprana de la unidad de hospitalización de agudos y que por lo tanto sólo admite pacientes derivados desde esas unidades y normalmente tras una evaluación y tratamiento corto de estabilización en ellas y; finalmente, el "Hospital de Día de Crónicos" como una unidad de día dirigida a administrar atención no aguda, generalmente de media o larga estancia, y que se configura como una alternativa terapéutica a otros servicios comunitarios centrados en el tratamiento de la patología psiquiátrica crónica.

A lo largo de los años, muchos estudios han sugerido que el tratamiento intensivo, en régimen de hospitalización a tiempo parcial, en un Hospital de Día de Agudos, puede ser considerado como una alternativa eficiente al tratamiento a tiempo completo en una unidad de hospitalización psiquiátrica convencional¹⁰. En éste contexto dichas unidades proporcionan "cuidado intensivo y a tiempo parcial durante el día", generalmente a través de la adopción de un modelo terapéutico comunitario. Pueden, estas unidades, estar ubicadas bien en una estructura asistencial comunitaria o en un hospital general, pero siempre en una posición intermedia entre la comunidad y "la hospitalización de agudos a tiempo completo". Así, los objetivos de ésta modalidad de atención intensiva de día para pacientes con patología aguda y grave, deberían centrarse o bien en prevenir el ingreso, en una unidad de hospitalización a tiempo completo, de aquellos pacientes aptos para mantener un contacto más estrecho con la comunidad o en reducir de manera significativa, mediante la implantación de una política de altas precoces, el periodo de estancia de éstos pacientes en las unidades de internamiento psiquiátrico agudo convencional. Las ventajas

potenciales de ésta forma de "hospitalización aguda e intensiva a tiempo parcial" para las enfermedades psiquiátricas graves y agudas, son varias: primero, fortalece la autonomía del paciente manteniendo su integración en su medio social y familiar; segundo, reduce el riesgo de institucionalización y el estigma asociado a la hospitalización a tiempo completo y; por último, representa una forma más barata y eficiente de tratamiento intensivo para el paciente psiquiátrico agudo y grave¹¹.

En las últimas décadas se han realizado varios estudios que tratan de establecer la efectividad de la atención aguda e intensiva en régimen de hospitalización a tiempo parcial, de los pacientes afectados de una patología mental aguda y grave. Con éste fin, la mayoría de los estudios evaluaron el *outcome* de los pacientes tratados en éstas unidades, en comparación con los tratados en los servicios tradicionales de hospitalización psiquiátrica de agudos. En ellos se evidenció que el tratamiento en un Hospital Psiquiátrico de Día de Agudos es una alternativa preferible para al menos un tercio de los pacientes actualmente ingresados en las unidades tradicionales de hospitalización aguda a tiempo completo¹²,¹³. Además, una revisión Cochrane, así como otros estudios más recientes, indican que la atención psiquiátrica intensiva a tiempo parcial, aportada en un Hospital Psiquiátrico de Día de Agudos es, con respecto a la recuperación sintomatológica, al menos tan efectiva como la que se da en una unidad de hospitalización aguda convencional¹⁰,¹³,¹⁴. Éstos datos también se han confirmado en un estudio multicéntrico aleatorizado llevado a cabo en toda Europa¹⁴. Es más, la efectividad de éstas unidades se ha demostrado tanto en el alta¹⁵, como en el seguimiento a corto (3 y 6 meses) y a largo (1 año) plazo de los pacientes¹⁵⁻¹⁸.

Además, la atención en un Hospital Psiquiátrico de Día, no solo ha demostrado ser beneficiosa para la recuperación clínica, sino que también tiene un impacto favorable en la recuperación social. De hecho, en la mayoría de los estudios, el cuidado intensivo en régimen de hospitalización aguda a tiempo parcial, comparado con el tratamiento de hospitalización convencional, puede producir resultados superiores en lo que respecta a la integración social, tanto al alta como en el seguimientos a largo plazo de los pacientes¹⁰,¹⁹. Se ha demostrado también que el tratamiento en estas unidades no parece estar asociado a un mayor riesgo de suicidio para los pacientes, un aspecto éste que ha sido presentado habitualmente como una desventaja de estas unidades¹³.

Mientras la recuperación de los síntomas es en éstas unidades al menos similar a la conseguida en las modalidades tradicionales de atención hospitalaria, los pacientes tratados en los hospitales agudos de día mostraron, en la mayoría de los estudios, una mejoría más rápida del estado mental que la obtenida en las formas tradicionales de atención hospitalaria aguda¹²⁻¹⁴. De hecho, está generalmente aceptado que no hay diferencias significativas en el número

de días que permanecen los pacientes ingresados en los Hospitales de Día de Agudos, en comparación con los que se dan en aquellos pacientes tratados en unidades estándar de hospitalización psiquiátrica aguda¹²,¹⁴. Además, las tasas de re-ingreso fueron similares para los pacientes tratados en ambos tipos de unidades¹²⁻¹⁴,¹⁹.

Desde una perspectiva económica, la atención psiquiátrica intensiva en régimen de hospitalización aguda a tiempo parcial ha demostrado ser menos cara que la asistencia proporcionada por un servicio convencional de hospitalización de agudos¹³,¹⁹,²⁰. Aunque se ha descrito que los costes indirectos de la atención psiquiátrica aguda en un hospital de día pueden ser mayores que aquellos derivados de la hospitalización tradicional a tiempo completo¹¹, un meta análisis reciente de Cochrane indica que el tratamiento en el hospital de día de agudos, cuando se compara con la atención hospitalaria tradicional, genera una reducción significativa de los costes de la asistencia, la cual se sitúa en un rango que oscila del 21% al 37% de los costes directos¹⁴,¹².

Desde una perspectiva más personal, también se ha demostrado que los pacientes psiquiátricos agudos tratados en una unidad de tratamiento intensivo de día expresaron un nivel de satisfacción con el tratamiento significativamente mayor en el alta, e incluso un año después del alta médica, que aquellos que han sido tratados en las formas tradicionales de hospitalización psiquiátrica aguda¹³,¹⁵,¹⁹. Éste mayor nivel de satisfacción fue también compartido por las familias, que no encontraron que la atención intensiva en régimen de hospitalización parcial en un Hospital Agudo de Día, se asociara a un incremento significativo de las cargas para los cuidadores y las familias¹³,¹⁹,²¹. Por añadidura, también se ha demostrado que el nivel de calidad de vida que se da asociado a esta modalidad de atención no fue significativamente menor que la que se observa en las otras modalidades tradicionales de asistencia¹⁰.

Por lo tanto, teniendo en consideración todos los datos señalados podríamos defender que para aquellos pacientes psiquiátricos agudos y graves que no necesitan ser tratados en un ambiente muy restrictivo, como el que suministra la tradicional "unidad de hospitalización aguda a tiempo completo", el tratamiento intensivo que es posible ofertar en régimen de hospitalización a tiempo parcial en un Hospital de Día de Agudos tiene muchas ventajas y por lo tanto debería ser la opción preferible.

ATENCION ASERTIVO COMUNITARIA (*ASSERTIVE OUTREACH CARE -AOC-*)

El tratamiento asertivo comunitario (*Assertive community treatment -ACT-*) fue desarrollado primero en EE.UU. en los años 70 como una forma de asistencia integral basada en la comunidad, para personas con enfermedades mentales gra-

ves y que presentaban una baja adherencia con los servicios de psiquiatría²². Éste modelo de atención fue diseñado como una alternativa a la hospitalización, incorporando un número de elementos clave, entre los que se incluyen: una aproximación terapéutica multimodal y multidisciplinar; el desarrollo de estrategias pro-activas de seguimiento dirigidas a garantizar la adherencia terapéutica de los pacientes; la provisión de programas activos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención social, y; el desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad, garantizando la accesibilidad a los recursos asistenciales a lo largo de todo el día. Dichos programas presentaban también un bajo ratio profesional/paciente que permite proporcionar intervenciones intensivas y frecuentes a nivel comunitario²³.

A pesar de su exitosa implementación en distintos países, una serie de estudios realizados en el Reino Unido indicaron que los factores contextuales y organizativos tenían un gran impacto en el resultado de la atención aportada por estos programas. Ello dio pie a introducir cambios en éste modelo de intervención, permitiendo la optimización de esta nueva estrategia terapéutica y propiciando así el desarrollo de un nuevo, aunque no muy distinto, tipo de enfoque, que paso a denominarse Atención Asertiva Comunitaria (*Assertive Outreach Care -AOC-*)^{24, 25}. De esta manera podemos decir que el modelo de tratamiento implementado más ampliamente en Europa como modalidad de seguimiento asertivo de los pacientes en la comunidad (*Assertive Outreach Care -AOC-*) es ligeramente diferente, en sus aspectos prácticos, del modelo original desarrollado en EE.UU. Así, por ejemplo, los equipos de AOC no tienen que incorporar expertos profesionales o expertos en diagnóstico dual en su plantilla, ni precisan proporcionar asistencia 24 horas, ni tampoco exigen tener un número tan limitado (1/12-15) de pacientes por coordinador de casos. Tenemos que precisar, sin embargo, que a pesar de estas ligeras diferencias, estos dos modelos comparten los mismos principios y elementos clave en cuanto al tratamiento de los pacientes. Es por ello que presentaremos aquí de manera conjunta la evidencia científica que justifica la eficacia de ambas modalidades de intervención.

En una revisión reciente Bond y colaboradores indicaron que la AOC ha demostrado su efectividad en la consecución, en los pacientes psiquiátricos tratados en el nivel comunitario, de altos niveles de adherencia terapéutica. Ello se asocia a una significativa reducción del número de ingresos en el hospital psiquiátrico, a la promoción de un estilo de vida independiente y a mejoras significativas en la sintomatología y en la calidad de vida de los pacientes²². Otros autores han encontrado también, como consecuencia de la implementación de este tipo de servicios, una reducción tanto en la tasa de ingresos como en la duración de las hospitalizaciones^{26, 27}. Además, se ha demostrado que, en los pacientes incluidos en estos programas, el riesgo de ingreso en una unidad convencional de agudos decrece con el tiempo, indicando

que cuanto más tiempo permanecen los pacientes en ellos y por lo tanto sin ser hospitalizados, más probable es que se mantengan en la comunidad²⁸. De forma similar, Sutherby et al.²⁹, analizando datos naturalísticos de un seguimiento a 3 años, encontraron que después de la implantación de un programa específico de AOC en un área, la tasa de "incidentes críticos" y de ingresos en unidades de internamiento de agudos decreció gradualmente con los años, generando una estabilidad en la "carga de casos" que han de soportar los recursos asistenciales. También se vio que el estilo de trabajo adoptado en estos programas cambió con el tiempo, pasando de limitarse a estar focalizado principalmente en el tratamiento de los pacientes en crisis, a tener un acercamiento más proactivo y preventivo del desarrollo de patología. Algunos de los elementos clave responsables de estas mejoras en el curso evolutivo de los pacientes fueron: tener un psiquiatra implicado dentro del programa; desarrollar una aproximación proactiva al seguimiento del tratamiento; mantener la supervisión diaria del tratamiento farmacológico; potenciar el énfasis en la atención de los pacientes con ingresos más frecuentes y riesgo más alto, y; prestar especial atención a la coordinación del equipo y a la comunicación entre los distintos profesionales²⁹.

La efectividad del AOC ha sido demostrada también a través de escalas clínicas de evaluación. En ellas se ha visto que la introducción de un programa de seguimiento asertivo en un área de salud dobla la probabilidad de alcanzar los criterios de remisión sintomática en los pacientes psiquiátricos del área. Más aún, este efecto se demostró particularmente en aquellos pacientes que presentaban puntuaciones más altas en el BPRS, demostrando así su efectividad en los casos más graves³⁰. Hay que señalar, no obstante, que en un reciente estudio aleatorizado que comparaba la efectividad clínica de las intervenciones desarrolladas por equipos de AOC recién establecidos con la de un equipo tradicional de Salud Mental Comunitaria (*Community Mental Health Team -CMHT-*), en el tratamiento de los pacientes con escasos niveles de adherencia, se demostró que no existían diferencias en ninguno de los indicadores clínicos medidos, incluyendo las tasas de ingreso psiquiátrico y las puntuaciones en las escalas de evaluación psicopatológica y social²⁷. Sin embargo, se deben considerar estos resultados con precaución debido a las deficiencias metodológicas del estudio. Entre ellas se incluye una amplia pérdida de pacientes en el seguimiento del grupo control (CMHT), y sobre todo la falta de experiencia del (recién creado) equipo de AOC seleccionado para el estudio.

Los elementos clave que parecen estar asociados a la mayor efectividad de las intervenciones ofertadas en la AOC son: una menor carga de casos (entre 15 y 20 pacientes por coordinador de casos); un alto porcentaje de contacto a nivel domiciliario; el asumir responsabilidad tanto para la asistencia sanitaria como social, y; el desarrollo de una estructura de equipo multidisciplinar con un psiquiatra integrado en el equipo^{31, 32}.

Otro aspecto positivo del seguimiento asertivo comunitario es el mayor nivel de satisfacción de los pacientes en comparación con el que presentan los atendidos en otros servicios de salud mental. Tenemos que hacer hincapié en que, aunque la filosofía de seguimiento asertivo (AOC) ha sido cuestionada sobre la base de que es coercitiva, el hecho es que los pacientes enfatizaron de manera clara los aspectos positivos de dicho modelo de intervención. Entre los aspectos positivos reseñados destacan la utilidad del apoyo aportado por estos equipos así como las ventajas de la labor de concienciación y de divulgación que desarrollaban, siendo estos factores considerados como elementos clave para el establecimiento de adecuados niveles de cumplimiento y alianza con el tratamiento y con el programa diseñado para su atención³³. A este respecto, se ha demostrado que para garantizar, en estos programas, el tratamiento eficaz de pacientes con "dificultad de adherencia" es esencial disponer de una filosofía de atención comprensiva, multidisciplinar y multicomponente, en la que se garanticen adecuados niveles de apoyo clínico y social. Es preciso además que las intervenciones no estén focalizadas exclusivamente en la medicación. También se ha demostrado como beneficiosa la presencia de personal comprometido, con suficiente disponibilidad de tiempo y capaces de mantener un fuerte énfasis en la relación terapéutica con los pacientes³². Finalmente, y como conclusión debemos recalcar que el exitoso desarrollo de estos programas de atención y seguimiento asertivo comunitario exige la presencia de un equipo multidisciplinar, la provisión de adecuadas estructuras de apoyo y una suficientemente limitada carga de casos como para permitir un tratamiento individualizado e intensivo.

ASISTENCIA AGUDA DOMICILIARIA (HOME ACUTE CARE -HAC-)

De forma similar a los servicios comentados anteriormente, "los equipos de resolución de crisis" y de "asistencia aguda domiciliaria", que proporcionan cuidados intensivos a nivel domiciliario, aparecieron en los años 70 como una alternativa al tratamiento hospitalario convencional, para individuos con enfermedad mental grave en un estado clínico agudo. En esta situación "la asistencia intensiva domiciliaria" (HAC), intenta proporcionar una respuesta clínica eficaz y rápida, integrando tanto la evaluación como el tratamiento, de aquellos pacientes que desarrollan una crisis psiquiátrica aguda y grave, mientras permanecen en la comunidad. Ésta es la razón por la que los servicios responsables de éste tipo de atención psiquiátrica han de ser accesibles durante las 24 horas del día, o al menos durante amplios periodos de tiempo (por ejemplo, de 8am a 8pm). Ello es importante y tiene grandes ventajas desde el punto de vista asistencial, en la medida en que en este tipo de pacientes más del 21% de las derivaciones por demandas de atención ocurren fuera de las horas de trabajo²⁰. Se demuestra así que el hecho de garantizar que la accesibilidad a estos dispositivos asistenciales

se prolongue durante las 24 horas tiene un impacto muy positivo en el éxito del manejo domiciliario de los pacientes que desarrollan en la comunidad un episodio psiquiátrico grave y agudo. Un beneficio adicional de ésta modalidad de tratamiento domiciliario se deriva del hecho de que muchos de éstos pacientes encuentran más estigmatizante recibir tratamiento agudo en los servicios tradicionales de salud mental. En este sentido Harrison et al.²⁰ encontraron que alrededor de un tercio de los pacientes tratados a nivel domiciliario prefieren no acudir en ningún momento a los servicios ambulatorios o de internamiento psiquiátrico tradicionales, lo cual tiene como consecuencia que el 45% de todos los contactos de los profesionales de la salud mental con éstos pacientes ocurren en su casa.

La efectividad de la asistencia aguda e intensiva domiciliaria suministrada por los "equipos de resolución de crisis/tratamiento domiciliario" ha sido estudiada centrándose fundamentalmente en la reducción de los ingresos hospitalarios. De acuerdo con una revisión sistemática Cochrane, dicho tipo de estrategia terapéutica es viable y efectiva para alrededor del 55% de los pacientes que de otro modo deberían ser ingresados en una unidad de internamiento psiquiátrico agudo convencional. También se ha demostrado que ésta forma de asistencia disminuye los costes e incrementa el nivel de satisfacción de los pacientes, siendo por lo tanto más eficiente en términos de la relación "coste/efectividad" que la asistencia hospitalaria tradicional³⁴. Así, los autores concluyen que el modelo de "intervención en crisis con asistencia domiciliaria intensiva" es un modelo viable, eficiente y aceptable, para tratar a las personas con enfermedades mentales graves y agudas. En línea con esto, en un ensayo controlado aleatorizado, Johnson et al.³⁵ encontraron que aquellos pacientes asignados a un programa de "intervención en crisis con asistencia domiciliaria" presentaron menos probabilidad de ser ingresados en el hospital 8 semanas después de la crisis. Estudios posteriores apoyan estos hallazgos^{36,37}. Es importante resaltar que ésta reducción en los porcentajes de hospitalización se observa especialmente en aquellos equipos de asistencia domiciliaria que asumen la responsabilidad del cuidado tanto de los problemas de salud como de los de tipo social, y que además realizan con regularidad visitas e intervenciones domiciliarias^{26,28}. Basándonos en estos estudios, podríamos concluir que la introducción de la asistencia intensiva domiciliaria (HAC) como estrategia de tratamiento en un área de salud está significativamente asociada a reducciones significativas en los porcentajes de ingresos psiquiátricos hospitalarios, alcanzando ésta reducción el 37,5% de los ingresos. Además, se ha visto que la intervención en crisis mediante tratamiento intensivo domiciliario reduce el nivel de sobrecarga familiar ante la enfermedad mental aguda siendo una forma satisfactoria de asistencia tanto para los pacientes como para las familias.

Aunque la asistencia intensiva domiciliaria (HAC) parece ser una intervención comunitaria efectiva, no debería ser

vista como una alternativa exclusiva a la atención ofertada por los servicios tradicionales de hospitalización psiquiátrica aguda³⁹, ni tampoco debería ser implementada como una estrategia terapéutica aislada. Persiguiendo el ideal de la continuidad de los cuidados y de la optimización de los recursos disponibles, la intervención en crisis mediante tratamiento agudo domiciliario podría ser considerada como una herramienta muy útil en una provisión integrada de la asistencia para los pacientes mentales agudos y graves dentro de la comunidad. De acuerdo con este objetivo, Harrison y colaboradores propusieron la "asistencia intensiva domiciliaria", que combina aspectos clave del "hospital de día agudo" y del tratamiento domiciliario, como una opción óptima para el tratamiento dentro de la comunidad de los pacientes agudos gravemente enfermos²⁰. Los resultados de éste estudio demostraron que, al comparar pacientes ingresados en una unidad estándar de hospitalización aguda con pacientes asignados aleatoriamente a un servicio de "asistencia intensiva domiciliaria" se encuentra, en un seguimiento a los 12 meses, que éstos últimos pasan menos tiempo hospitalizados. Además, el estudio demostró que los costes derivados de la intervención domiciliaria no fueron significativamente diferentes de los resultantes del tratamiento en régimen de hospitalización convencional a tiempo completo y que incluso de los derivados del tratamiento en un hospital de día agudo²⁰.

UNA APROXIMACIÓN INTEGRADORA A LA PROVISION DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA COMUNIDAD PARA LA ATENCION A LA PATOLOGIA MENTAL AGUDA Y GRAVE

De acuerdo con Thornicroft y Tansella⁴⁰, tanto la evidencia científica disponible, como la experiencia clínica acumulada hasta el momento, demuestran que las estrategias de provisión de cuidados intensivos y agudos para las enfermedades mentales graves que es posible desarrollar en el nivel hospitalario y en la comunidad no son incompatibles. Más aun, como estos mismos autores han propuesto y se ha resaltado en una editorial reciente del *World Psychiatry Journal*⁴¹, elementos clave tanto de la asistencia hospitalaria como de la comunitaria, deberían ser incorporados en un nuevo modelo de provisión integral y equilibrada de servicios de salud mental^{40, 41}. Éste enfoque podría ser aplicable para incorporar las distintas alternativas asistenciales descritas (Hospital Psiquiátrico De Día de Agudos (*Acute Day Care -ADC-*); Programa de Seguimiento Asertivo Comunitario (*Assertive outreach care -AOC-*); y "Asistencia Intensiva Domiciliaria (*Home Acute Care -HAC-*) en un sistema integrado de cuidados, que actúe como un subsistema dentro del sistema general de asistencia a la Salud Mental. En él se integrarían de manera armónica y equilibrada las nuevas alternativas asistenciales con la estructura tradicional de servicios compuesta por la Unidad de Internamiento Psiquiátrico

Agudo, los Centros de Salud Mental, y los restantes servicios comunitarios. De hecho, el modelo propuesto (*balanced care approach*) en cuanto que incorpora un enfoque de integración equilibrada de las distintas estrategias asistenciales, es un modelo aditivo y secuencial en el que los planificadores sanitarios, según sus recursos, incorporan progresivamente en los sistemas de salud locales, las nuevas y crecientemente especializadas unidades. El objetivo final de este esfuerzo integrador es el de proporcionar una atención psiquiátrica más completa, sofisticada y aceptable a los pacientes con enfermedades mentales graves y agudas².

El desarrollo de este modelo asistencial "equilibrado e integrado" tiene la potencialidad de permitir a los diferentes servicios descritos operar como una unidad funcional integrada, en la que se incorporen los elementos clave de cada uno de ellos. Esto facilitaría la continuidad de la asistencia y estimularía la adopción de un enfoque holístico y flexible para el tratamiento de pacientes gravemente enfermos. En este esquema los pacientes con una dolencia psiquiátrica grave y aguda podrían moverse eficientemente, según sus necesidades, desde un "Servicio de Atención Domiciliaria Intensiva" a la "Unidad de Día de Agudos" y a la unidad tradicional de Hospitalización a Tiempo Completo, para finalmente recalar cuando su cuadro clínico lo indique en las Unidades de Salud Mental o en alguno de los servicios comunitarios intermedios. Esto aseguraría definitivamente el desarrollo de alternativas más sofisticadas y flexibles para la atención comunitaria y hospitalaria de los pacientes graves³.

En este sentido, la necesidad de optimizar la organización asistencial dedicada a la salud mental debería promover la transformación de las estructuras asistenciales tradicionales en unidades más pequeñas, funcionales y flexibles, capaces de combinar los aspectos clave de las estrategias terapéuticas señaladas, para así proporcionar una mejor asistencia a un menor coste y con niveles más altos de satisfacción del cliente. En línea con esta idea, ha habido recientemente propuestas de cambio en la organización y práctica clínica de la actividad asistencial de los hospitales de día de agudos. Dichas propuestas se centran fundamentalmente en la conveniencia de hacer en ellos un mayor énfasis en el seguimiento proactivo de aquellos pacientes que presentan una baja adherencia terapéutica, siguiendo el modelo de intervención asertivo comunitaria. También se incluyen dentro de dichas propuestas la utilización temporal, por ejemplo en situaciones de crisis, de las unidades de hospitalización para el ingreso de pacientes por ejemplo durante fines de semana u ocasionalmente durante alguna noche²¹.

En el mismo sentido el modelo de intervención definido como "asistencia intensiva domiciliaria" es un buen ejemplo de la combinación de diferentes estrategias comunitarias de atención psiquiátrica intensiva para la patología grave y aguda. Así, ésta aproximación proporciona elementos tradicionales del tratamiento psiquiátrico domiciliario combi-

nándolos con elementos clínicos esenciales del tratamiento en un hospital agudo de día²⁰. Dicha combinación, en la que pueden predominar elementos de uno u otro esquema terapéutico, oferta ventajas substanciales para el tratamiento de dichos pacientes. Así, al comparar pacientes ingresados en una unidad estándar de hospitalización aguda con pacientes asignados aleatoriamente a "asistencia intensiva domiciliaria" se observa que estos últimos pasan menos tiempo en un hospital en un seguimiento a 12 meses. Se observó también que la duración media del ingreso en un Hospital de Día de Agudos fue considerablemente más corta cuando dicha opción terapéutica se combinaba con una estrategia de intervención domiciliaria. Este estudio evalúa también los costes secundarios generados por cada modalidad de intervención terapéutica, encontrándose que los costes de las intervenciones domiciliarias no fueron significativamente diferentes de los derivados del ingreso de un paciente en una unidad convencional de hospitalización psiquiátrica e incluso que los del tratamiento en un hospital de día de agudos²⁰. Como conclusión, el estudio sugiere que este nuevo modelo de intervención permite el tratamiento en la comunidad de pacientes más gravemente enfermos que el modelo de tratamiento exclusivo en un hospital de día. De hecho, este tipo de combinación en la que al hospital agudo de día se incorporan elementos clave del tratamiento intensivo domiciliario ha demostrado ser más eficaz que la asistencia específica que pueda darse de manera aislada en dicha unidad o también que la que es posible desarrollar en una unidad tradicional de internamiento psiquiátrico, y sin que por ello se generen diferencias significativas en los costes.

Se ha constatado en la literatura que actualmente muchos equipos de seguimiento asertivo comunitarios combinan también elementos clave de otros servicios. Por ejemplo, se ha demostrado que en Londres, un número considerable de equipos de seguimiento asertivo comunitario (20,8%) han incorporado el uso de camas de ingreso para sus pacientes. Más aun, cerca de un tercio de esos equipos (29%) mantienen alguna o incluso toda la responsabilidad médica en el manejo clínico de dichos pacientes durante los periodos de ingreso en el hospital⁴². Es ésta una estrategia clínica de co-gestión cuya implementación pudiera tener efectos positivos en el manejo clínico de los pacientes ingresados en el Hospital de Día de Agudos. Ello es así en la medida en que gracias a dicha estrategia de co-gestión se facilitaría la continuidad de los planes asistenciales a largo plazo, evitando descoordinación entre los equipos o el desarrollo de enfoques diferentes que pudieran interferir en el curso evolutivo de la enfermedad, en la continuidad de los cuidados y en la futura integración de los pacientes en la estructura asistencial. Así, es nuestra opinión que si el tratamiento intensivo que se oferta en los Hospitales de Día de Agudos se combinara de manera eficiente con elementos clave del tratamiento suministrado por los servicios de seguimiento asertivo comunitario o por los programas de tratamiento intensivo domiciliario, se ofrecería una alternativa poderosa a

la hospitalización psiquiátrica tradicional. Ello permitiría desarrollar niveles de atención psiquiátrica significativamente más eficientes y aceptables para el tratamiento intensivo de pacientes psiquiátricos agudos y gravemente enfermos que tengan escasos niveles de adherencia con los servicios psiquiátricos tradicionales²¹.

Finalmente, hoy en día disponemos de suficiente evidencia científica proveniente de revisiones sistemáticas de la literatura, demostrando las ventajas de combinar a la atención psiquiátrica ofertada en el Hospital Psiquiátrico de Día de Agudos elementos clave de la hospitalización domiciliaria intensiva. En dicho esquema organizativo que integra ambos servicios asistenciales, el enlace con los servicios sociales se asocia a una significativa reducción de la duración de la hospitalización^{26,38}. Así podemos decir que el componente social aportado por el modelo comunitario de salud mental, que pudiera incorporarse al modelo integrado de servicios asistenciales para el tratamiento intensivo de la patología psiquiátrica aguda y grave, ejemplariza las ventajas de combinar el enfoque de salud mental comunitaria con las estrategias terapéuticas de los equipos de base hospitalaria en la provisión de un modelo integrado y equilibrado de servicios.

CONCLUSIONES

La actual situación de los servicios de salud mental, en la mayoría de los países desarrollados de nuestro entorno, se ha caracterizado por una falta de nuevas alternativas a la hospitalización tradicional de los pacientes afectados de patología psiquiátrica aguda y grave. Dicha situación unida al insuficiente desarrollo de servicios comunitarios intermedios para la atención a largo plazo de dichos pacientes, sitúa a algunos de los pacientes psiquiátricos más necesitados en una condición de máxima vulnerabilidad¹. Esto invita a la adopción de iniciativas comprometidas dirigidas a garantizar la provisión de servicios asistenciales capaces de ofertar modalidades eficientes de tratamiento intensivo a la patología psiquiátrica aguda y grave tanto a nivel comunitario como hospitalario. En esta situación, las recomendaciones que se están actualmente realizando sobre la necesidad de potenciar nuevamente los procesos de reforma psiquiátrica deberían focalizarse en la implementación de servicios alternativos, como los descritos en este trabajo, a la hospitalización psiquiátrica tradicional. En su desarrollo debería además enfatizarse la necesidad de integrar en las nuevas propuestas asistenciales paquetes de atención sanitaria y social y también estrategias más eficientes de prevención de la enfermedad mental y de coordinación de los servicios⁴³.

Hay que tener en cuenta también que en los sistemas de salud, incluso de los países avanzados de nuestro entorno, se dan diferencias considerables en la organización de los servicios de atención a la salud mental¹. Dichas diferencias son evidentemente más marcadas en relación con las nuevas

alternativas de atención intensiva comunitaria a la hospitalización tradicional de los pacientes con enfermedad mental aguda y grave. Por ello es preciso promover una mejor comprensión de las características y ventajas adicionales de alternativas asistenciales como las revisadas en este trabajo. Gracias a ella será posible potenciar la implementación en nuestro medio de dichas estrategias de tratamiento intensivo comunitario y también la optimización de su integración en la red de servicios de salud mental.

Las nuevas propuestas de asistencia intensiva comunitaria como las que es posible desarrollar en los servicios asistenciales descritos en este trabajo (Servicios de "Seguimiento Asertivo Comunitario", "Hospital Psiquiátrico Agudo de Día", y "Atención Intensiva Domiciliaria") han demostrado en la práctica clínica funcionar de manera aislada e independiente como alternativas efectivas al tratamiento tradicional en régimen de hospitalización psiquiátrica aguda a tiempo completo. La integración de estas novedosas alternativas asistenciales en un subsistema organizativo integrado y equilibrado según la filosofía definida como *balanced care approach* y subsiguientemente en el conjunto de la red de salud mental podría tener incluso un mayor impacto en el curso clínico y social de la enfermedad mental grave y en los niveles de satisfacción de los pacientes y las familias y todo ello sin generar un significativo incremento de los costes o las cargas familiares. Aun cuando la evidencia científica que apoya la efectividad de estos modelos de atención psiquiátrica aguda comunitaria no aporta datos sobre la efectividad de la combinación de dichas propuestas en un subsistema asistencial integrado, sí existe cierta evidencia clínica que sugiere que la combinación de dichas estrategias, al estilo de las propuestas realizadas en este artículo, es factible en la práctica clínica y parece asociarse a una mayor eficiencia terapéutica. La completa interconexión de este nuevo subsistema de cuidados con los servicios asistenciales tradicionales, por ejemplo con las unidades de hospitalización psiquiátrica tradicional, las unidades de salud mental o los dispositivos comunitarios intermedios, utilizando para ello un modelo organizativo integrado y equilibrado (*balanced care approach*), sería capaz de generar un sistema de salud mental más eficiente y flexible, y facilitaría la continuidad de la asistencia, la optimización de los recursos y en última instancia la efectividad del sistema.

Podríamos concluir finalmente, diciendo que la evidencia disponible presentada en este artículo apoya la conveniencia y viabilidad de implementar de manera integrada y equilibrada estas alternativas innovadoras de asistencia en salud mental para el tratamiento intensivo de pacientes que sufren enfermedad mental aguda y grave en la comunidad. Por lo tanto, el desarrollo de un subsistema integrado y equilibrado de atención comunitaria intensiva de la patología psiquiátrica aguda y grave, que incorpore los elementos clave de estos novedosos modelos terapéuticos, debería convertirse en una prioridad en la estrategia actual de salud mental^{44, 45}.

DECLARACIÓN DE INTERESES Y RECONOCIMIENTOS

Ninguno de los autores declara tener ningún tipo de interés biomédico o financiero, o de potenciales conflictos de interés.

Agradecemos a Graham Thornicroft y a Kim Sutherby por sus recomendaciones en la preparación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becker I, Vázquez-Barquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2001;(410):8-14.
2. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry.* 2004;185:283-90. Erratum in: *Br J Psychiatry.* 2004 Nov;185:440.
3. Vázquez-Barquero JL, García J, Torres-González F. Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2001;104(410):89-95.
4. Salvador-Carulla L, Costa-Font J, Cabases J, McDaid D, Alonso J. Evaluating mental health care and policy in Spain. *J Ment Health Policy Econ.* 2010;13(2):73-86.
5. Singh BS, Castle DJ. Why are community psychiatry services in Australia doing it so hard? *Med J Aust.* 2007;187(7):410-2.
6. Vázquez-Barquero JL, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;249(3):128-35.
7. O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. Disengagement from mental health services. A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(7):558-68.
8. Salvador-Carulla L, Poole M, Bendeck M, Romero C, Salinas JA. Coding long-term care services -eDESDE-LTC. *Int J Integr Care.* 2009;9(Suppl).
9. Duncan DF. The prevention of primary prevention, 1960-1994: Notes toward a case study. *J Prim Prev.* 1994;15(1):73-9.
10. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P, et al. Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(2):278-87.
11. Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ.* 1990;300(6731):1033-7.
12. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess.* 2001;5(21):1-75.
13. Schene AH. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. *Curr Opin Psychiatry.* 2004;17(4):303-9.
14. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD004026.
15. Priebe S, Jones G, McCabe R, Briscoe J, Wright D, Sledge M, et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2006;188:243-9.
16. Russell V, Mai F, Busby K, Attwood D, Davis M, Brown M. Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment.

- Can J Psychiatry. 1996;41(10):629-37.
17. Schützwohl M, Koch R, Kallert TW. On the efficacy of acute psychiatric day-care treatment in a one-year-follow-up. A comparison to inpatient treatment within a randomised controlled trial. *Psychiatr Prax.* 2007;34(1):34-7.
 18. Adamowski T, Hadry T, Kiejna A. Comparison between the day-care ward and the inpatient ward in terms of treatment effectiveness based on the analysis of psychopathologic symptoms, subjective quality of life and number of rehospitalisations after discharge. *Psychiatr Pol.* 2008;42(4):571-81.
 19. Horvitz-Lennon M, Normand SL, Gaccione P, Frank RG. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry.* 2001;158(5):676-85.
 20. Harrison J, Marshall S, Marshall P, Marshall J, Creed F. Day hospital vs. home treatment - a comparison of illness severity and costs. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(10):541-6.
 21. Marshall M. Acute psychiatric day hospitals. *BMJ.* 2003;327(7407):116-7.
 22. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. *Dis Manag Health Outcomes.* 2001;9(3):141-59.
 23. Williamson T. Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams). *Curr Opin Psychiatry.* 2002;15(5):543-7.
 24. Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *Br J Psychiatry.* 2003;182:248-54.
 25. Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(2):130-7.
 26. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2001;5(15):1-139.
 27. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ.* 2006;332(7545):815-20.
 28. Joannette JA, Lawson JS, Eastabrook SJ, Krupa T. Community tenure of people with serious mental illness in assertive community treatment in Canada. *Psychiatr Serv.* 2005;56(11):1387-93.
 29. Sutherby K, Thornicroft G, Chambers P. Croydon Assertive Outreach team clinical outcomes: Experiences for the 2006-2009 periods. Personal communication. 2010.
 30. Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, á Campo J, Poddighe G, et al. An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(2):125-30.
 31. Priebe S, Fakhoury W, Watts J, Bebbington P, Burns T, Johnson S, et al. Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes. Pan-London Assertive Outreach Study, part 3. *Br J Psychiatry.* 2003;183:148-54.
 32. Priebe S, Watts J, Chase M, Matanov A. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *Br J Psychiatry.* 2005;187:438-43.
 33. Appelbaum PS, Le Melle S. Techniques used by assertive community treatment (ACT) teams to encourage adherence: patient and staff perceptions. *Community Ment Health J.* 2008;44(6):459-64.
 34. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004 Oct 18;(4):CD001087.
 35. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ.* 2005;331(7517):599.
 36. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry.* 2006;189:441-5.
 37. Jethwa K, Galappathie N, Hewson P. Effects of a crisis resolution and home treatment team on in-patient admissions. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr.* 2007;31(5):170-2.
 38. Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med.* 2002;32(3):383-401.
 39. Minghella E, Ford R. Mental health. Doorstep delivery. *Health Serv J.* 1998;108(5618):24-5.
 40. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry.* 2002;1(2):84-90.
 41. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry.* 2010;9(2):65-6.
 42. Wright C, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part 1. *Br J Psychiatry.* 2003;183:132-8.
 43. Costa-Font J, Salvador-Carulla L, Cabases JM, Alonso J, McDaid D. Tackling neglect and mental health reform in a devolved system of welfare governance. *J Soc Policy.* 2011;40(2):295-312.
 44. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007;370(9594):1241-52.
 45. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.