



TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. PERSPECTIVA ENFERMERA

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT
IN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL
ILLNESS. NURSING PERSPECTIVE

TRABAJO FIN DE GRADO

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CURSO ACADÉMICO 2020-2021

Alumna: Lucía Parrado Martín

Directora: Sara Martínez de Castro

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	6
METODOLOGÍA	7
CAPÍTULO 1. TRASTORNO MENTAL GRAVE	8
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	8
1.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	9
1.3. PREVALENCIA	11
1.4. REPERCUSIÓN EN LA VIDA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TMG	12
CAPÍTULO 2. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO	13
2.1. ORIGEN Y DIFUSIÓN	13
2.2. OBJETIVOS.....	13
2.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS.....	14
2.4. ACTIVIDADES DEL EQUIPO. ¿CUÁL ES EL ROL DE LA ENFERMERÍA?	14
CAPÍTULO 3. IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO	17
3.1. CRITERIOS DE FIDELIDAD	17
3.2. LIMITACIONES EN SU APLICACIÓN	19
3.3. EFICACIA.....	20
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	28

RESUMEN

El Trastorno Mental Grave abarca una serie de enfermedades psiquiátricas con sintomatología psicótica que provocan discapacidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Este trastorno es de larga duración y por tanto repercute negativamente en múltiples ámbitos de la vida de las personas que lo padecen; es por ello que requieren una atención sociosanitaria integrada y de fácil acceso.

En los años 70, se produjo una reforma psiquiátrica centrada en la desinstitucionalización. En este contexto se creó un modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental llamado Tratamiento Asertivo Comunitario, que ofrece servicios integrados y asistencia continuada con el fin de reducir los reingresos hospitalarios. Se compone de un equipo multidisciplinar en donde el papel de los profesionales no está bien definido, lo que genera en la actualidad indecisión en la práctica clínica.

Desde sus inicios, la implantación de este modelo ha sido evaluada con el fin de determinar la relación causal entre el grado de implantación de sus elementos principales y los objetivos logrados. Pese a la heterogeneidad de los resultados debido a las diferencias metodológicas, los estudios e investigaciones establecen que el programa es significativamente eficaz para reducir la sintomatología y los ingresos hospitalarios, ayudando así a mantener una mejor funcionalidad y calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Tratamiento asertivo comunitario, Trastorno mental grave, Eficacia, Enfermería

ABSTRACT

Severe Mental Disorder encompasses a series of psychiatric illnesses with psychotic symptomatology that cause disability in the performance of activities of daily living. This disorder is of long duration and therefore has a negative impact on multiple areas of life of the people who suffer from it; that is why they require integrated and easily accessible social and health care.

In the 1970s, psychiatric reform focused on deinstitutionalization. In this context, a model of Community Mental Health Care called Assertive Community Treatment was created, which offers integrated services and continuous care in order to reduce hospital readmissions. It is made up of a multidisciplinary team in which the role of the professionals is not well defined, which currently generates indecision in clinical practice.

Since its inception, the implementation of this model has been evaluated in order to determine the causal relationship between the degree of implementation of its main elements and the objectives achieved. Despite the heterogeneity of the results due to methodological differences, studies and research establish that the program is significantly effective in reducing symptomatology and hospital admissions, thus helping to maintain better functionality and quality of life of patients.

Key words: Assertive community treatment, Severe mental illness, Efficacy, Nursing

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A lo largo de los años 70 comenzó un movimiento de reformas de los Sistemas Sanitarios por lo que los gobiernos de los diferentes países establecieron nuevas medidas tanto a nivel administrativo como organizativo con el fin de mejorar la eficacia de la Atención Pública. Por tanto, la psiquiatría, entre otras muchas áreas de la salud, se vió influenciada por estos movimientos. Este cambio de pensamiento social fue la base del origen de la reforma psiquiátrica, en la cual, con un tinte más democrático se garantiza la defensa de los derechos de los enfermos mentales y el acceso a los servicios de forma equitativa, universal y gratuita (1–4).

Por primera vez, a raíz de estos movimientos antipsiquiátricos, se concibe la importancia de tratar la enfermedad mental con una perspectiva social, familiar y económica. Los manicomios representaban lo contrario a lo que se buscaba con estos cambios, y fueron descritos como centros antiterapéuticos en los que los recursos eran malgastados, y no sólo se respetaban los derechos de los pacientes sino que contribuían a su marginación social (2). Por todo ello, se fueron organizando programas para acabar con el modelo de atención hospitalocentrista y dar paso a un modelo de atención en la comunidad (1–3).

Esta reforma psiquiátrica se desarrolló de forma heterogénea por todo el mundo. En Estados Unidos se crearon diversos programas con los que pretendían: la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, la restricción de los nuevos ingresos y la creación de centros de atención de salud mental en la comunidad. Sin embargo, los centros creados fueron insuficientes y la mayoría se privatizaron con el tiempo (1). Por todo ello, las personas expulsadas de los hospitales psiquiátricos se encontraron sin recursos para continuar su tratamiento e integrarse en la comunidad de la forma prevista y muchos de estos enfermos terminaron como vagabundos en las calles o ingresando en instituciones penitenciarias (1).

Centrándose en Europa, la reforma tuvo un mayor impacto en países como Italia, Reino Unido o Francia. En este último se impulsó la psicoterapia institucional como una forma de transformar y reinventar la atención en los manicomios; y que consistía en el establecimiento de relaciones terapéuticas entre todos los pacientes y trabajadores del propio hospital (1).

En el caso de Italia la ley creada en 1978 prohibió la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y restringió el ingreso de pacientes a los ya existentes. La clave fundamental de esta ley fue la defensa de los derechos y el compromiso con la emancipación y la autonomía de las personas que salían de los manicomios para reducir la exclusión social. De este modo, se fundaron servicios comunitarios de atención psiquiátrica para centrar el tratamiento en el núcleo donde se desarrolla la de vida de las personas (1).

En Reino Unido, desde el año 1956 ya se habían organizado instituciones conocidas como “comunidades terapéuticas” debido a la falta de recursos. Estas estaban integradas por personas con trastorno mental que convivían y se ayudaban mutuamente durante las diferentes etapas del proceso de su enfermedad, sin el apoyo de profesionales (1). Posteriormente, en consecuencia a los cambios legislativos establecidos en el Mental Health Act de 1959, se crearon unidades de atención psiquiátrica en los hospitales generales y se favoreció el seguimiento de pacientes en el ámbito comunitario a través de servicios sanitarios y sociales (1). Durante las décadas posteriores, el cierre de los hospitales psiquiátricos se enlenteció a causa de la falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios; y a la resistencia que parte de la sociedad ejercía en favor del sistema médico tradicional (1). Sin embargo, poco a poco, en los años 90 gracias a las múltiples investigaciones sobre los resultados en la mejora de la calidad de vida y satisfacción laboral de los pacientes, de este modelo de atención comunitaria continuó

desarrollándose de modo que muchos de los pacientes fueron reubicados en hogares y alojamientos supervisados (1).

La reforma psiquiátrica en España comenzó de forma tardía, en la década de 1980. Así que las dificultades tanto a nivel administrativo y organizativo como a nivel político y económico que se encontraron en los diferentes países de la Unión Europea sirvieron como referente.

El 25 de abril del año 1986 se publicó la Ley General de Sanidad (LGS) en la cual se recogen los principios básicos que sustentaron la reforma española. El artículo 20 desarrollaba los siguientes puntos (5):

1. *“La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.”*
2. *“La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.”*
3. *“Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.”*
4. *“Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.”*

Para comenzar se incluyeron los servicios de atención de Salud Mental en el Sistema Sanitario General y se coordinaron con la Atención Primaria y los servicios Sociales locales. De este modo, se desarrollaron alternativas asistenciales a la hospitalización como, por ejemplo, la atención ambulatoria, la atención domiciliaria, los servicios de rehabilitación o las residencias y/o pisos supervisados. También, se modificó la legislación para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. En cuanto a la formación de los profesionales sanitarios, se mejoró la formación de los médicos residentes y se crearon las especialidades de enfermería y psicología.

Pero uno de los mayores problemas encontrados a la hora de desarrollar la reforma fue su integración en la sociedad, lo que requirió la promoción de actitudes positivas hacia las enfermedades mentales tanto de los profesionales como de todos los miembros de la comunidad.

JUSTIFICACIÓN

Pese a los cambios que se han realizado en los últimos años, las personas que padecen un trastorno mental grave se siguen viendo envueltas en un sistema sanitario que no es capaz de ofrecerles una atención de calidad dirigida a sus múltiples necesidades.

En este contexto, la hospitalización psiquiátrica se impone frente a los diversos modelos de atención comunitaria, como el Tratamiento Asertivo Comunitario. Los períodos de hospitalización tienen repercusiones muy negativas en la vida de los pacientes, quienes se ven apartados de su núcleo habitual y posteriormente presentan dificultades para adaptarse de nuevo a la vida en sociedad.

Con este trabajo se pretende profundizar más en los diferentes programas de atención comunitaria y en los resultados obtenidos tras su establecimiento. Los profesionales de la salud mental, entre ellos los/as enfermeros/as, tienen un papel fundamental para incentivar y guiar el cambio hacia una asistencia dentro de la comunidad que permita a las personas mantener una buena calidad de vida sin salir de su entorno.

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

CAPÍTULO 1: Se realiza una contextualización sobre los sistemas de clasificación de las patologías psiquiátricas y se describe el Trastorno Mental Grave, su prevalencia y sus efectos en la vida de las personas que lo padecen.

CAPÍTULO 2: Se explica el origen del Tratamiento Asertivo Comunitario. Se definen sus objetivos y características principales. Así como las actividades dentro del equipo y el rol de la enfermería.

CAPÍTULO 3: Se centra en la aplicación práctica del programa, los criterios de fidelidad establecidos, las limitaciones en su aplicación y la eficacia de las intervenciones.

METODOLOGÍA

El trabajo realizado se basa en la consecución de los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Profundizar en la aplicación del Tratamiento Asertivo Comunitario en la atención a personas con Trastorno Mental Grave.

Objetivos específicos:

- Determinar el concepto de Trastorno Mental Grave y los problemas asociados al mismo.
- Describir el Tratamiento Asertivo Comunitario y sus principales características.
- Determinar las funciones de los profesionales del equipo del Tratamiento Asertivo Comunitario y el rol de la enfermería dentro del mismo.
- Analizar los factores que afectan en la implementación del programa.
- Identificar los ámbitos de la vida en que se ha demostrado la eficacia del programa.

Para su realización se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos de revistas científicas, guías, libros y páginas web.

Las bases de datos consultadas han sido: Dialnet, PubMed, Elsevier, Scielo y Cochrane Library; así como el metabuscador: Google Scholar. En cuanto a las páginas web oficiales empleadas han sido:

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/index.htm
- National Institute of Mental Health, disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/>

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH) que se han empleado en la búsqueda bibliográfica se reflejan en este listado:

- Enfermería (Nursing)
- Rol de la enfermera (Nurse's role)
- Trastornos mentales (Mental disorders)
- Servicios comunitarios de salud mental (Community mental health services)
- Eficacia (Efficacy)

Los criterios de inclusión utilizados en la selección de la bibliografía han sido:

- Publicaciones científicas de los últimos 10 años (2011-2020)
- Publicaciones anteriores, pero con información relevante para la realización de este trabajo:
 - Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril (1986)
 - Definition and prevalence of severe and persistent mental illness (2000)
 - Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave (2003)
 - Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave (2007)
- En idioma español o inglés
- Documentos completos de libre acceso

Tras la selección de los artículos científicos, se ha procedido a su lectura y análisis. Finalmente, ha quedado referenciada en estilo Vancouver en las páginas finales de este documento.

CAPÍTULO 1. TRASTORNO MENTAL GRAVE

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

La clasificación de la patología psiquiátrica ha estado tradicionalmente sometida a la perspectiva médica. Ante la ausencia de pautas rigurosas en la nosología de los trastornos mentales, la American Psychiatric Association (APA) publica en 1980 el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM-III) (6,7).

El DSM-III es realizado bajo la influencia del modelo biomédico, entendiendo las enfermedades mentales como una desviación biológica mensurable a través de sus síntomas. Esta clasificación ve únicamente a “pacientes” y deja de lado las “personas” y las diversas circunstancias sociales, psicológicas y familiares que las rodean (7,8).

Con el paso del tiempo, la APA ha renovado el manual. La última edición, DSM-5, data del año 2013 (Tabla 1) (6,9,10). Pero a pesar de los cambios introducidos, la nueva versión continúa generando rechazo y ha sido objeto de críticas debido a la inconsistencia y a la poca validez práctica de las categorías establecidas. Basándose esencialmente en la psicopatología, sigue sin tener en cuenta otras dimensiones que, se ha demostrado científicamente, afectan al proceso de la enfermedad (6,8,11,12).

Categorías diagnósticas según el DSM-5
1. Trastorno del neurodesarrollo
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados
4. Trastornos depresivos
5. Trastornos de ansiedad
6. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
7. Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés
8. Trastornos de sueño-vigilia
9. Disfunciones sexuales
10. Trastornos neurocognitivos
11. Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
12. Trastornos relacionados con sustancias y adictivos
13. Trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos
14. Disforia de género
15. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta
16. Otros trastornos mentales

Tabla 1. Clasificación diagnóstica de las patologías psiquiátricas según la DSM-5 [Elaboración propia] (9)

Desde entonces, el gran impacto del DSM se ha visto reflejado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6). Actualmente, está en vigor la décima revisión, CIE-10. En el capítulo 5, Trastornos mentales y de comportamiento, se clasifican los diferentes trastornos en varias secciones (Tabla 2) (13).

CAPÍTULO 5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	
F01-F09	Trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo
F30-F39	Trastornos del estado de ánimo [afectivos]
F40-F48	Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos
F50-F59	Síndromes de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos
F60-F69	Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto
F70-F79	Discapacidad intelectual
F80-F89	Trastornos generalizados y específicos del desarrollo
F90-F98	Trastornos del comportamiento y trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia
F99	Trastorno mental no especificado

Tabla 2. Clasificación de los Trastornos mentales y de comportamiento según la CIE-10 de la OMS [Elaboración propia] (13)

1.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) abarca al conjunto de enfermedades psiquiátricas de larga duración y que provocan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Las personas que lo padecen sufren alteraciones en el desarrollo de sus capacidades como individuos y ven afectadas sus relaciones familiares, sociales y laborales. Por ello la atención de sus necesidades requiere de múltiples recursos asistenciales de la red de atención sanitaria y social (8,14–16).

El TMG se caracteriza por presentar sintomatología psicótica o prepsicótica que provoca dificultades en la captación y comprensión de la realidad, desfigura las relaciones interpersonales, repercute negativamente en la funcionalidad de la persona y puede suponer un peligro para su vida (17).

Pese a las numerosas propuestas para definir el término del TMG, no existe ninguna que haya sido universalmente aceptada. La definición emitida por el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos en 1987 es la que mayor consenso ha alcanzado. En ella se determinan los tres criterios necesarios para establecer el diagnóstico de TMG, conocidos como las tres “Ds” por sus iniciales (Ilustración 1) (16,18–20):



Ilustración 1. Las tres “Ds”: Criterios diagnósticos del TMG [Elaboración propia]

1. Diagnóstico clínico (Diagnosis)

Utilizando los sistemas de clasificación internacionales DSM-5 y CIE-10. Incluye a las personas con sintomatología propia de un trastorno psicótico no orgánico, un trastorno afectivo o un trastorno de la personalidad que provoca una percepción errónea de la realidad y afecta a su funcionalidad. Pudiendo ser al menos una de las siguientes categorías diagnósticas (8,14,17,19,21):

- Trastornos esquizofrénicos
- Trastornos esquizotípicos
- Trastornos delirantes persistentes
- Trastornos delirantes inducidos
- Trastornos esquizoafectivos
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastornos depresivos graves recurrentes
- Trastorno obsesivo compulsivo

2. Duración de la enfermedad y del tratamiento (Duration)

Esta es la dimensión considerada de menor relevancia y que más problemática sustenta puesto que la duración de la enfermedad es un dato poco fiable y difícil de concretar en el tiempo. No obstante, la duración mínima del tratamiento debe ser de dos años. Este criterio también puede basarse en dos puntos:

- Haber requerido tratamiento psiquiátrico de mayor intensidad que el ambulatorio más de una vez en su vida: hospitalización, intervención en crisis y/o urgencias.
- Haber recibido apoyo residencial continuo, exceptuando la hospitalización, durante un periodo de tiempo suficientemente largo para afectar a su situación de vida normal (8,14,17,19,21).

3. Discapacidad (Disability)

Esta dimensión, por el contrario, es de gran importancia porque permite conocer las áreas concretas de discapacidad y planificar la asistencia con unos objetivos específicos (21). Según el NIHMH esta discapacidad produce limitaciones funcionales en las Actividades de la Vida Diaria y para darse debe cumplir al menos dos de los siguientes criterios (19):

- Situación de desempleo, empleo con apoyo, historial laboral deficiente o habilidades visiblemente limitadas.
- Requiere apoyo económico para su mantenimiento extrahospitalario, así como asistencia para conseguir dicha ayuda.
- Dificultad a la hora de establecer y mantener un sistema de apoyo social.
- Necesita ayuda para la realización de actividades básicas de la vida diaria como el aseo, cocinar o gestionar el dinero.
- Comportamiento social inadecuado que deriva con la intervención del sistema de salud mental y/o del sistema judicial.

Para medir el nivel de discapacidad se han desarrollado múltiples escalas que valoran las limitaciones funcionales para el autocuidado, la autonomía, el autocontrol, las relaciones personales, el uso del tiempo libre o el funcionamiento cognitivo (8). Por ejemplo, El NIMH desarrolló la Global Assessment of Functioning Scale (GAF), cuya adaptación al español se conoce como Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (Anexo 1) (22). Cuenta con una puntuación del 1 al 100 en intervalos de 10 puntos, siendo 1 el mayor nivel de deterioro y 100 el nivel óptimo. Una puntuación menor o igual a 70 se considera discapacidad moderada y menor de 50, discapacidad severa (21–23).

Por su parte, la World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) (Anexo 2) de la OMS, en español la Escala de Evaluación de la Discapacidad, valora la capacidad funcional de forma más objetiva y sin asociarla explícitamente a los síntomas de la enfermedad. Esta escala incluye 6 dimensiones del funcionamiento: la cognición, la movilidad, el autocuidado, las relaciones personales, la rutina diaria y la integración comunitaria (24–26).

1.3. PREVALENCIA

Determinar la prevalencia del TMG es una tarea complicada. La ausencia de un acuerdo global en cuanto a su definición hace que los límites y criterios de inclusión sean imprecisos y heterogéneos, lo que conlleva a una mayor dificultad práctica en su identificación y diagnóstico (15,21). Es por ello que es más conveniente hablar de estimaciones en vez de evidencias (21).

La información aportada por la OMS revela que en torno a 150.000 personas padecen un TMG lo que supone entre un 0,3-0,6% de la población. Además, señala que un 40% de los trastornos psicóticos y un 9% de los trastornos no psicóticos cumplen criterios de TMG (21).

Según los datos obtenidos en el año 2019 por el NIMH de Estados Unidos un total de 13,1 millones de adultos mayores de 18 años padecen TMG, es decir, un 5,2% de la población adulta. La prevalencia del TMG es mayor en mujeres (6,5%) que en hombres (3,9%). Así como en adultos jóvenes, 18-25 años, (6,5%) frente a los adultos entre 26-49 años (6,8%) y los mayores de 50 años (2,9%) (Gráfica 1) (27).

1.4. REPERCUSIÓN EN LA VIDA DE LAS PERSONAS QUE PADECEN TMG

Como se ha explicado anteriormente, la sintomatología asociada al TMG provoca una serie de restricciones en la capacidad funcional. En primer lugar, se produce un déficit en el autocuidado y en la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, tales como la higiene, el vestido, la alimentación, la gestión económica, etc. Estas personas tienen una falta de motivación para involucrarse en cualquier tipo de proyecto de vida, ya sea personal o colectivo. Además, también carecen de control conductual en determinadas situaciones de estrés, pudiendo comportarse de forma inadecuada, lo que frecuentemente deriva en situaciones conflictivas (8,28).

En lo referente a sus relaciones personales, suelen ser escasas y con una red social muy pobre por lo que el riesgo de aislamiento social es bastante alto. Tampoco hay que olvidar la estigmatización derivada de su enfermedad. Existen muchos prejuicios sociales en torno a los trastornos mentales que derivan en la discriminación hacia las personas que los padecen, lo cual contribuye a su exclusión y aislamiento social (8,28). Asimismo, estas personas también tienen dificultades en la administración su tiempo de ocio (8,28).

En cuanto a la repercusión comunitaria, una de las consecuencias del TMG es el complicado acceso a un puesto de trabajo y su posterior mantenimiento. Son personas con una elevada tasa de desempleo (60-90%) y mayoritariamente son económicamente dependientes (8,28). Por otro lado, también existen problemas en cuanto a la accesibilidad a los servicios sanitarios y sociales, incrementándose la probabilidad de padecer una patología médica y sin diagnosticar en comparación con población sin TMG. Su expectativa de vida es 10 años más corta y tienen una elevada tasa de muerte por suicidio (10%) (8,28).

Por todo ello, se puede concluir que es importante no sólo tratar y minimizar los síntomas asociados a la enfermedad, sino que la asistencia sanitaria y social debe encaminarse a lograr el bienestar personal, mejorar la calidad de vida y favorecer la integración en la comunidad de las personas con TMG (8).

CAPÍTULO 2. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

2.1. ORIGEN Y DIFUSIÓN

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), en inglés Assertive Community Treatment (ACT), es un programa de atención comunitaria en Salud Mental en el cual un equipo multidisciplinar trabaja mejorar la calidad de vida de personas que padecen algún tipo de Trastorno Mental Grave (TMG) o crónico (29,30).

El TAC surge en la década de 1970 en el Instituto de Salud Mental de Mendota de Wisconsin, en Estados Unidos. Allí un grupo de médicos y administradores decide abordar la elevada tasa de reingresos hospitalarios, el conocido fenómeno «puerta giratoria» que es debido a los problemas de adaptación en la comunidad de los pacientes tras el proceso de desinstitucionalización (30–32).

Leonard Stein y Mary Ann Test, psiquiatras del Instituto de Salud Mental de Mendota, desarrollaron y evaluaron un nuevo modelo que desafiaba muchos de los dogmas y de los valores establecidos en el ámbito de la psiquiatría hasta el momento. Tras su trabajo concluyeron que los programas hospitalarios de preparación a la vida comunitaria resultaban ineficaces y se requería que los profesionales brindasen la atención dentro de la propia comunidad (29,31).

El TAC es uno de los programas de Salud Mental más influyentes en la actualidad. A lo largo de los años, se ha ido expandiendo y ha logrado un gran alcance por todos los continentes: América del Norte y del Sur, Europa, Asia, África, Australia y Oceanía. La elevada reputación de este modelo es debida a la transformación de los servicios en busca de soluciones frente a los problemas derivados de la rápida desinstitucionalización y el uso inadecuado de los recursos sanitarios (31).

2.2. OBJETIVOS

El programa del TAC tiene una serie de objetivos básicos hacia los que se orientan sus actividades, son los siguientes (33):

- Brindar atención sociosanitaria en el entorno habitual de las personas que padecen un TMG para establecer contacto con su realidad (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo...) y lograr una mejor calidad de vida en su ambiente natural.
- Crear un sistema de cuidados continuos, accesible y cercanos, lo que supone trabajar adaptándose a las necesidades cambiantes de cada persona. Es de vital importancia establecer una relación terapéutica entre profesional y paciente con confianza para prestar asistencia individualizada y consensuada por ambas partes.
- Desarrollar equipos interdisciplinarios con una buena dinámica de trabajo que asegure la comunicación efectiva entre los distintos miembros, así como la coordinación y colaboración con la red pública sociosanitaria.
- Favorecer la prevención y la promoción de la salud generando actitudes activas de autocuidado en las personas con TMG.

2.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

1. Enfoque holístico e integración de los servicios

Uno de los puntos clave de este modelo es su visión holística de los cuidados, considerando el conjunto de aspectos que influyen en la vida de los pacientes como miembros de la comunidad en lugar de centrarse únicamente en la enfermedad. Por tanto, los servicios del TAC proporcionan asistencia no solo en el manejo de la enfermedad y de la medicación, sino que también proporcionan ayuda con los problemas de la rutina diaria que afecten a los pacientes como puede ser la administración de la vivienda, la gestión de las finanzas, el uso del transporte público, la estabilidad laboral, etc. (29,33–35) De esta forma se logra la integración de los diferentes servicios (sanitario, rehabilitación y soporte comunitario) dentro de un mismo equipo de profesionales, evitando la derivación de los pacientes a distintos programas para atender sus necesidades (29,33–35).

2. Equipo multidisciplinar

El TAC ha de estar formado por un equipo multidisciplinar de profesionales de la Salud Mental capacitados para ofrecer atención personalizada, intensiva y continuada. Está compuesto por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, quienes llevan a cabo reuniones asiduamente para revisar y reajustar la planificación y los objetivos del tratamiento (29,33–35).

3. Baja ratio profesional-paciente

Otra de las características fundamentales de este modelo es la disminución de la ratio profesional/paciente, es decir, del número de pacientes asignados a cada profesional de la salud. De manera que cada profesional de la salud se hace responsable de la atención de 10 pacientes (1:10) (29,33,35).

4. Actitud asertiva

En lugar de esperar a que el paciente muestre interés y se ponga en contacto con el programa, es el propio equipo quien se encarga de su captación. De esta forma se pretende prevenir las tasas de abandono del programa (21,29).

5. Contacto continuado y flexible

Las sesiones entre los miembros del equipo y los pacientes se suceden frecuentemente, mínimo 3 días a la semana; y, además se adaptan a las circunstancias personales de cada paciente, pudiéndose establecer más intervenciones con quienes necesiten mayor apoyo (29,33).

6. Cobertura continuada

La prestación de servicios abarca las 24 horas al día durante los 7 días de la semana, pudiendo responder rápidamente frente a situaciones de urgencia y/o crisis (29,33,34).

7. Permanencia ilimitada

En primera instancia, se quiso establecer como un tratamiento de por vida consolidado. Actualmente la asistencia puede prolongarse durante un largo o ilimitado período de tiempo siempre según las necesidades de cada paciente (29,33).

2.4. ACTIVIDADES DEL EQUIPO. ¿CUÁL ES EL ROL DE LA ENFERMERÍA?

Como se ha expuesto anteriormente, el trabajo en equipo es uno de los rasgos principales de la metodología de aplicación de cualquier programa de TAC (33). Esto significa que los diferentes

profesionales que conforman el equipo tienen el compromiso y la disposición para participar conjuntamente en la toma de decisiones referente al proceso asistencial, y esas aportaciones son las que hacen posible obtener una visión más amplia de las dificultades y facilitan la búsqueda de soluciones alternativas ante las mismas; a la par que proporciona una asistencia sociosanitaria y rehabilitadora de calidad (33).

Los componentes que configuran los equipos del TAC se reflejan en la siguiente imagen (33)(34):

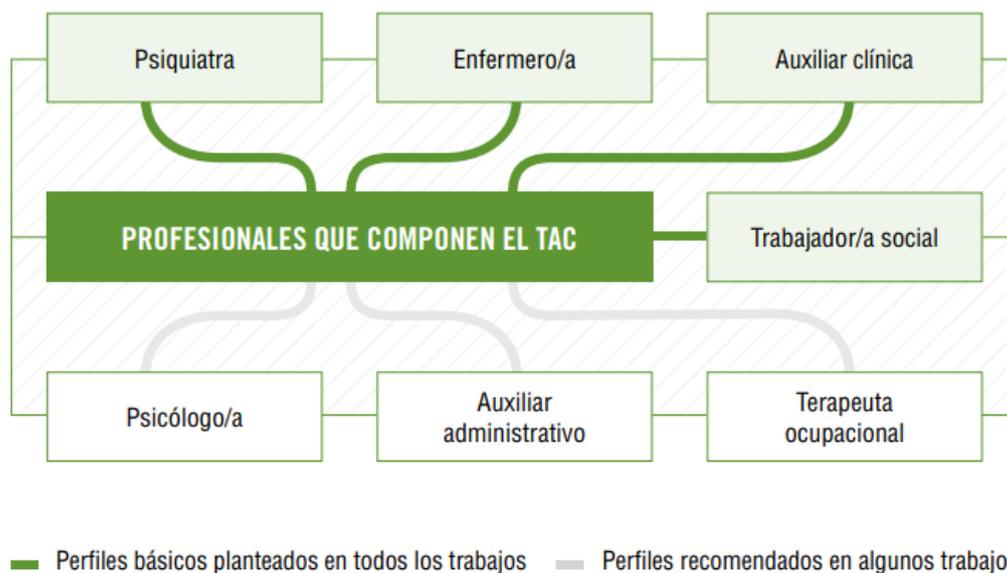


Ilustración 2. Profesionales que componen el equipo del TAC

Las actividades realizadas por el equipo del TAC son muy heterogéneas y están constantemente ligadas a las necesidades de las personas atendidas. Cabe destacar que su mayoría están realizadas en el contexto de la comunidad con el objetivo de integrar simultáneamente los diferentes aspectos del entorno que influyen en la vida de los individuos; por ejemplo, incluyendo a los familiares, amigos y vecinos en la psicoeducación, acompañando al banco o al supermercado, dirigiendo las actividades de ocio, etc. (36).

Igualmente, los profesionales desarrollan la asistencia adaptándose a las circunstancias individuales de cada paciente. Por consiguiente, las intervenciones se pueden llevar a cabo en el ambulatorio, en domicilio, vía telefónica o mediante correo electrónico, etc. (36).

El trabajo en equipo es fundamental para determinar una estructura organizativa eficaz (33). Cada miembro del equipo tiene los conocimientos específicos y debe compartir informaciones y buscar creativas soluciones, es decir, deben actuar como una red de expertos que se autorregula de forma constante (33). Sin embargo, los profesionales sanitarios que forman parte del equipo multidisciplinar del TAC sienten incertidumbre respecto a las funciones que les corresponden según su puesto y la carga laboral derivada de estas. Por lo cual es necesario instaurar una estructura organizativa que defina de forma clara el rol de cada miembro del equipo y que garantice una buena coordinación entre los distintos miembros (33,37). El desarrollo basado en la evidencia de los perfiles de trabajo dentro del equipo permitirán que en el futuro el sistema sanitario evalúe sus funciones y adecue el número de profesionales requeridos en el TAC (38).

La oferta de servicios prestada por los profesionales del TAC se organiza en torno a los siguientes ámbitos de actuación: tratamiento específico, ámbito doméstico y ámbito laboral/ocupacional (Tabla 4) (33,36,37).

OFERTA DE SERVICIOS DEL TAC
TRATAMIENTO ESPECÍFICO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención clínica individual 2. Psicoterapia individual 3. Intervención en crisis 4. Afrontamiento y manejo del estrés 5. Adherencia al tratamiento 6. Identificación de pródromos y síntomas precoces de descompensación 7. Educación y promoción de la salud 8. Psicoeducación familiar 9. Habilidades sociales 10. Responsabilidad de tratamiento y planificación al alta
ÁMBITO DOMÉSTICO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adiestramiento en autocuidados básicos/ actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por ejemplo: higiene, alimentación, vestido, etc. 2. Entrenamiento en habilidades domésticas/ actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Por ejemplo: uso del teléfono, hacer la compra, etc. 3. Aprendizaje de la administración económica. Por ejemplo: manejo del dinero, ir al banco, etc. 4. Adiestramiento en actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Por ejemplo: distribución del ocio y tiempo libre, nivel de participación social, deporte, etc. 5. Provisión de alojamiento
ÁMBITO LABORAL/OCUPACIONAL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación motivacional 2. Formación prelaboral 3. Apoyo al empleo 4. Planificación y estructuración del tiempo según las necesidades

Tabla 3. Los 3 ámbitos de oferta de los servicios del TAC [Elaboración propia] (33,36,37)

CAPÍTULO 3. IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO

3.1. CRITERIOS DE FIDELIDAD

La fidelidad de un programa hace referencia a la medida en que este se adhiere al modelo estándar. Incluye, por un lado, los elementos necesarios para alcanzar los resultados esperados, y, por otro lado, excluye aquellos que interfieren en la consecución de los mismos. Generalmente, los estudios determinan que un alto grado de fidelidad está asociado a la obtención de mejores resultados en las prácticas basadas en la evidencia, entre ellas el TAC (39).

La medición de la fidelidad permite deconstruir el modelo e identificar mejor que características tienen mayor influencia a la hora de obtener los resultados previstos. Además, gracias a esto, se crea una base conceptual a partir de la cual establecer adaptaciones e innovaciones en la práctica (39,40).

En 1998 fue creado el instrumento de medida de fidelidad de los programas de TAC más conocido; la Escala de Fidelidad de Dartmouth, en inglés Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS). Se trata de una escala de 28 ítems que valora tres dimensiones: recursos humanos, límites organizativos y naturaleza de los servicios. Cada uno de los ítems cuenta con una escala de 5 puntos sobre el grado de implementación, siendo 1 nulo y 5 el máximo (39,41). Su principal problema es que aporta mayor énfasis a la estructura organizativa que al proceso asistencial. Además, la falta de evolución en los últimos años hace que se quede obsoleto y omita elementos esenciales como, por ejemplo, el trabajo en equipo, la planificación de la terapia o su evaluación posterior (39).

Para paliar estos problemas se desarrolló la Herramienta de Medición del TAC, en inglés Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT). Esta escala otorga menor importancia a la organización estructural del programa, centrándose en la filosofía de trabajo y en las prácticas de recuperación (39). Su versión actual presenta 6 subescalas, explicadas a continuación (39,40):

- Operaciones y estructura: Se evalúan los límites del programa y las actividades del equipo.
- Equipo central: Se evalúa el papel del personal fundamental (líder, enfermera y proveedor de atención psiquiátrica) y la calidad de sus servicios.
- Equipo especializado: Se evalúa el papel y la calidad de los servicios de otros profesionales (especialista en abuso de sustancias, experto profesional y especialista en apoyo) que contribuyen a la expansión de la atención prestada.
- Prácticas básicas: Se evalúan las tareas esenciales del modelo de TAC.
- Práctica basada en la evidencia: Se evalúan diferentes prácticas psicosociales basadas en la evidencia destinadas a los pacientes del TAC.
- Prácticas y planificación centradas en la persona: Se evalúa la capacidad del equipo para trabajar en colaboración con los pacientes y centrar la atención en sus necesidades y deseos.

Estas subescalas agrupan un total de 47 ítems, algunos de los elementos clave se añadieron y otros se reformularon, y el resultado queda reflejado en la siguiente tabla (Tabla 3) (39,40):

SUBESCALAS	47 ÍTEMS
OPERACIONES Y ESTRUCTURA	<ol style="list-style-type: none">1. Baja proporción de pacientes por profesional2. Enfoque de equipo3. Reunión diaria del equipo (frecuencia y asistencia)4. Reunión diaria del equipo (calidad)

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Tamaño del programa 6. Población de servicio prioritario 7. Reclutamiento activo 8. Tasa de admisión gradual 9. Graduación 10. Tasa de retención 11. Coordinación de la hospitalización 12. Centro de asistencia del programa en la oficina
EQUIPO CENTRAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Líder de equipo 2. El líder es un médico en ejercicio 3. Proveedor de atención psiquiátrica en el equipo 4. Papel del proveedor de atención psiquiátrica (en tratamiento) 5. Papel del proveedor de atención psiquiátrica (en el equipo) 6. Enfermeras en el equipo 7. Papel de las enfermeras
EQUIPO ESPECIALIZADO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Especialista en abuso de sustancias 2. Papel del especialista en abuso de sustancias (en tratamiento) 3. Papel del especialista en abuso de sustancias (en el equipo) 4. Especialista profesional 5. Papel del especialista profesional (en servicios laborales) 6. Papel del especialista profesional (en el equipo) 7. Especialista en apoyo 8. Papel del especialista en apoyo
PRÁCTICAS BÁSICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios comunitarios 2. Compromiso asertivo 3. Intensidad del servicio 4. Frecuencia de contactos 5. Frecuencia de contactos con apoyos naturales 6. Responsabilidad por los servicios de crisis 7. Responsabilidad total por los servicios psiquiátricos 8. Responsabilidad total por los servicios de rehabilitación basados en la evidencia
PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilidad total del tratamiento de trastornos duales 2. Responsabilidad total por los servicios profesionales 3. Responsabilidad total de los servicios de gestión del bienestar 4. Modelo de tratamiento integrado del trastorno dual 5. Modelo de empleo con apoyo 6. Compromiso y psicoeducación con apoyos naturales 7. Psicoterapia con base empírica 8. Vivienda de apoyo

PRÁCTICAS Y PLANIFICACIÓN CENTRADAS EN LA PERSONA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de tratamiento sobre fortalezas 2. Planificación centrada en la persona 3. Intervenciones dirigidas a múltiples objetivos de vida 4. Independencia y autodeterminación del paciente
--	--

Tabla 4. Subescalas e ítems del TMACT [Elaboración propia] (39,40)

Pese a las mejoras y la inclusión de muchos elementos que no se consideraban en la DACTS, determinadas áreas de esta escala pueden resultar problemáticas dado que como los propios autores reconocen, ciertos ítems han sido incluidos por un consenso en la opinión de expertos y no por su evidencia; por lo que, aunque probablemente sean útiles para alcanzar los resultados, la fidelidad no podrá garantizar que la asistencia prestada esté basada en la evidencia (42).

3.2. LIMITACIONES EN SU APLICACIÓN

Debido a la complejidad de sus propuestas, según las investigaciones acerca de la difusión del TAC, es necesario un sistema adaptativo complejo con la convergencia de ciertas circunstancias políticas, ideológicas y administrativas para que un programa como este, con amplias barreras, se expanda fácilmente.

Existen diversos factores que interactúan entre sí y cambian con el tiempo, y que suponen una limitación en la implementación de este programa innovador. Son los siguientes (31):

❖ Rentabilidad económica

Este ha sido y sigue siendo uno de los principales factores que limita la difusión del TAC. La expansión de los servicios de salud mental siempre se ha visto cuestionada y ha necesitado probar su factibilidad debido al estigma social inherente en nuestra sociedad (31).

A nivel internacional, el primer aspecto respecto a la financiación del TAC supone cubrir los gastos iniciales de infraestructura y servicios. Una vez iniciado, el programa tiende a ser vulnerable frente a las presiones financieras en áreas de contratación de personal cualificado y de contratación de servicios. Se ha demostrado que en épocas de dificultad fiscal la partida presupuestaria de estos programas son las primeras en sufrir recortes (31).

Los problemas de financiación varían en función los recursos económicos de cada país. En Europa, pese al creciente interés teórico por el enfoque comunitario en Salud Mental, a nivel práctico la asignación de los recursos sanitarios continúa siendo mayoritariamente hospitalocentrista y por tanto no se favorece la instauración de servicios alternativos en la comunidad (31).

❖ Demandas de fidelidad

Con la creación del TAC los investigadores comenzaron a realizar estudios que diesen respuesta a una serie de cuestiones planteadas: ¿Cómo se define? ¿Cuáles son sus principios básicos? ¿Qué elementos no deben variar y cuáles se pueden adaptar para lograr los beneficios esperados? (31)

La fidelidad se estableció como una variable clave en la regulación y financiación de este programa, a través de listas de verificación basadas en los criterios establecidos en las escalas. De esta forma se codificó y sistematizó el TAC, comenzándose a utilizar manuales de trabajo

para organizar la replicación del programa siguiendo las indicaciones establecidas, lo que permite saber con seguridad que el programa se está aplicando de manera adecuada y atribuir los resultados obtenidos a la intervención (31).

Las investigaciones encontradas indican la flexibilidad como una parte importante del TAC. No obstante, esta cualidad entra en conflicto con las demandas de fidelidad establecidas ya que suponen una menor flexibilidad a la hora de adaptar el modelo a las circunstancias de cada comunidad. Esta media genera frustración en el personal sanitario puesto que las demandas burocráticas entran en conflicto con su experiencia profesional (31).

❖ Contradicciones evidencia

Las numerosas investigaciones realizadas aportan la base científica y la validación profesional para consolidar el TAC dentro de los sistemas de Salud Mental. Sin embargo, el incremento del número de estudios provoca un aumento de variabilidad en los resultados, llegando a contradecir puntos básicos del programa, como por ejemplo su duración ilimitada (31). Se ha puesto en duda la calidad metodológica de los estudios, preocupa la escasa evidencia que relacione los componentes del modelo con los resultados esperados del mismo y en cuanto a la evaluación de las investigaciones se encuentran la selección inadecuada de muestras, la falta de contraste entre los grupos, la desatención al contenido de los servicios y el análisis insuficiente de los datos obtenidos (31). Por todo ello, la publicación de resultados inconsistentes puede provocar el abandono de los elementos principales del programa (29).

❖ Contexto multifactorial

En el proceso de implementación de un programa novedoso como es el TAC influyen no solo los atributos inherentes al mismo. También hay que tener en cuenta un conjunto de variables como son el contexto social, cultural, político, legal y económico. La convergencia de todos estos factores, propios del programa y externos a él, es fundamental para lograr la aceptación del modelo (31).

3.3. EFICACIA

Aunque el proceso de desinstitucionalización se inició hace décadas, hoy en día los recursos para desarrollar servicios de atención en salud mental comunitaria siguen siendo insuficientes (43). A menudo, las necesidades de las personas que padecen TMG quedan sin ser atendidas por los servicios de salud y los mismos servicios se enfrentan a muchas dificultades para procurar la atención; dificultando, en consecuencia, su reinserción en la sociedad. Por ello, la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) enfatizan la necesidad de inversión en este campo con el objetivo de empoderar a los pacientes y respetar su autonomía (43).

A lo largo de los años, la TAC ha ido puliendo los conceptos que conforman su base metodológica y ha sido objeto de cientos de estudios de investigación que han evaluado los beneficios obtenidos tras su aplicación, tanto en el ámbito clínico como económico (31,35). Cabe decir que la TAC ha demostrado mayor eficacia en países cuyos Sistemas de Salud Mental comunitaria son inadecuados y/o están menos desarrollados, lo que se traduce en una elevada tasa de hospitalizaciones psiquiátricas y una peor calidad de vida. Por el contrario, en países como Reino Unido, con una red de atención comunitaria en salud mental muy evolucionada, no ha resultado demasiado rentable porque ya habían incorporado muchas de las ideas sustentadas por este modelo (29,37,45).

En España, estos programas se han implantado progresivamente en varias Comunidades Autónomas. El “Modelo Avilés”, puesto en marcha por los Servicios de Salud Mental de Asturias,

es el modelo líder en nuestro país y ha sido reconocido como ejemplo de buenas prácticas en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de España publicada en 2006 (44).

En referencia a los beneficios resultantes de la aplicación del modelo, cabe destacar un descenso significativo en el número de hospitalizaciones involuntarias de los pacientes tratados (29,32,35,44,46), que suelen experimentar reiterados ingresos involuntarios. Entre las diversas razones, este tipo de pacientes generalmente carecen de “insight” o percepción de enfermedad, por lo cual ven innecesario el tratamiento (46).

En relación a la problemática expuesta, se muestra también una importante reducción en las necesidades de hospitalización en unidades de salud mental; además del número de ingresados, los datos indican que la estancia media en dichas unidades es más corta (29,32,35,44,46). Asimismo, se ha detectado que la eficacia del TAC es mayor en las personas reincidentes en la hospitalización psiquiátrica; mientras que en aquellas que no han sido hospitalizadas o lo han sido con menor frecuencia la eficacia es menor (29).

Una de las características básicas del programa consiste en la cobertura continuada frente a situaciones de crisis o emergencias, las 24 horas del día durante todos los días de la semana. La evidencia determina que, gracias a la disponibilidad y a la accesibilidad de los profesionales que forman el equipo multidisciplinar, se genera un mayor control de las consultas de urgencia que son promovidas por motivos distintos a la descompensación clínica y que no requieren de ingresos urgentes. De tal forma que se reducen en más de un 80% las consultas de urgencia (32).

Se ha comprobado que el coste invertido en la aplicación esta terapia supone un uso eficiente de los recursos. De manera inevitable, la óptima gestión de los casos de manera extrahospitalaria supone un cambio en cuanto a los costes derivados de los ingresos. El estudio realizado en Bizkaia el año 2012 indica una reducción en los costes del 77% , incluyéndose el costo destinado al programa del TAC (44).

En cuanto a la psicopatología asociada a las enfermedades incluidas en el concepto de TMG, los hallazgos señalan una mejoría significativa de los síntomas negativos, especialmente de ansiedad y de depresión. Sin embargo, la implementación del TAC no produce cambios en la sintomatología positiva. Esta mejora de los síntomas influye en la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria, las investigaciones indican un aumento de la funcionalidad en los pacientes que padecen TMG tras ser atendidos durante unos años por el equipo del programa. Por otro lado, no se observa ningún progreso en cuanto a las habilidades prácticas y sociales (29,43,46).

Otro de los aspectos donde se objetiva una mejoría con respecto a los pacientes que son tratados con programas comunitarios de salud mental estándares es el mantenimiento de la vivienda. La probabilidad de conservar un alojamiento estable se ve incrementada significativamente a medida que el paciente trabaja con los profesionales (29,43,46).

Como se evidencia, la instauración del TAC produce una serie de beneficios en los distintos ámbitos que se ven afectados por el TMG. Los pacientes perciben y manifiestan una mejora en su calidad de vida y consiguen integrarse más fácilmente en la comunidad (29,32,35,44,46).

Sin embargo, existen otros muchos estudios que indican resultados contrarios. Esto se debe a las diferentes metodologías aplicadas en cuanto a el enfoque del tratamiento, la legislación, el tipo de paciente, el tiempo de la intervención y la fidelidad al modelo. La evaluación de las distintas versiones del modelo produce resultados muy heterogéneos y muy difíciles de comparar unos entre otros (46).

A medida que las sociedades y sus rasgos socioeconómicos evolucionan también lo hace el ámbito de la salud mental, por tanto, los modelos de atención psiquiátrica establecidos

requieren de cambios que les permitan adaptarse a las nuevas necesidades. Como vemos, este tratamiento también se ve influenciado y ha sufrido distintas adaptaciones que han permitido a cada país o comunidad aplicarlo en función de sus características (37).

CONCLUSIONES

El Trastorno Mental Grave incluye a un grupo heterogéneo de patologías psiquiátricas con sintomatología psicótica mayoritariamente, que aparecen definidas en los sistemas de clasificación internacionales DSM-5 y CIE-10. Su prevalencia es difícil de especificar debido a los límites heterogéneos que definen su diagnóstico. En principio, aunque este criterio cada vez tiene menos relevancia, la evolución de la enfermedad ha de ser de larga duración. Al contrario, la discapacidad es muy importante puesto que permite valorar las necesidades que requieren asistencia. Como profesional de salud conocer cuáles son las limitaciones a las que se enfrenta cada paciente es fundamental.

En la década de 1970, se expande la reforma psiquiátrica. En un contexto de reconstrucción de las ideas sociales y de defensa de los derechos de los pacientes psiquiátricos, se comienza el proceso de desinstitucionalización de estos enfermos y se aboga por la creación de programas de atención a la salud mental en la comunidad; naciendo así el Tratamiento Asertivo Comunitario. Este es un modelo de atención comunitaria continuada y accesible, formado por un equipo multidisciplinar de profesionales para tratar a las personas que padecen un Trastorno Mental Grave. Se caracteriza por la integración de los servicios sociosanitarios con el objetivo de garantizar el mantenimiento de la relación terapéutica entre los profesionales de la salud y los pacientes implicados logrando así una mejora de su calidad de vida.

Para garantizar que los diferentes programas desarrollados por todo el mundo cumplen los elementos básicos del modelo se han establecido unos criterios de fidelidad, que permiten además relacionar las características del programa con los resultados producidos. Actualmente, el Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) es la escala más avanzada.

A la hora de aplicar este programa, coexisten una serie de limitaciones entre las que se encuentran: la rentabilidad económica, la demanda de fidelidad, las contradicciones de la evidencia científica y el contexto multifactorial.

Las labores del equipo multidisciplinar están divididas en tres secciones: el tratamiento específico, ámbito doméstico y ámbito laboral. Sin embargo, no hay evidencia acerca del papel que ejerce cada profesional dentro del equipo, lo que genera incertidumbre en la práctica clínica. Las actividades a realizar son reguladas por los mismos trabajadores, quienes las adaptan a las circunstancias.

Tras la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario se han llevado a cabo diversos estudios para evaluar su eficacia en la reintegración de las personas con un Trastorno Mental Grave dentro de la comunidad. Los resultados obtenidos señalan que frente a los programas tradicionales esta terapia es más eficaz para reducir los ingresos hospitalarios y mejorar la estabilidad en la comunidad. Se han obtenido mejoras en el manejo de los síntomas, la funcionalidad, la obtención de una vivienda estable y la calidad de vida. No obstante, los resultados de muchos estudios señalan incongruencias que ponen en entredicho la eficacia de este programa. La causa de esta heterogeneidad en los resultados se debe a las diferencias metodológicas en la aplicación del programa.

Para finalizar, resulta impactante que el modelo de atención comunitaria de mayor relevancia universal tenga en la actualidad tantas carencias metodológicas. Considero que la falta de concienciación social acerca de los trastornos mentales tiene mucho que ver en la lentitud de su avance. Tras la realización de este trabajo, me he dado cuenta de que si se dirigiesen más recursos (económicos, humanos y materiales) para potenciar este tipo de terapias, se podría generar un gran impacto positivo en la vida de todas las personas que sufren día a día las secuelas de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marco Arnau I. «Un viaje entre delirios»: la reforma psiquiátrica en España desde la perspectiva enfermera: una dimensión social y profesional de la asistencia en salud mental. Universidad de Zaragoza; 2016.
2. Giménez Muñoz M. El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986). *Hist Actual Online*. 2012;27(27):19-28.
3. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85(5):427-36.
4. Madoz-Gúrpide A, Martín JCB, Sanmartín ML, Yagüe EG. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev Esp Salud Publica*. 2017;91:1-8.
5. Gobierno de España. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Bol Of del Estado*. 1986;
6. Medrano J. DSM-5, un año después. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2014;34(124):655-62.
7. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Vol. 33, *Clinical Psychology Review*. Pergamon; 2013. p. 846-61.
8. Espinosa López R, Valiente Ots C. ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *EduPsykhé*. 2017;16(1):4-14.
9. American Psychiatric Association. ACTUALIZACIÓN Suplemento del DSM-5 [Internet]. 2018 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org>.
10. Campo-Arias A, Herazo E. Innovations, Reviews and Proposals on the DSM-5: the Case of Sexual Dysfunctions, Gender Dysphoria and Paraphilic Disorders. Vol. 47, *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Elsevier Doyma; 2018. p. 56-64.
11. Ghaemi SN. DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(6):410-2.
12. Insel T. Transforming Diagnosis [Internet]. 2013 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis>
13. España. G de, Ministerio de Sanidad SS e I. Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.^a Revisión Modificación Clínica. 2018.
14. Creap. Centro de Referencia Estatal de Atención Psicososical con Trastorno Mental Grave [Internet]. IMSERSO. 2016 [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://creap.imserso.es/creap_01/tmg/index.htm
15. Baura Ortega JC, López Martín-Berdinos E, García Martín JM, Sanz Rufín A, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003.
16. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 [Internet]. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2015 [citado 13 de abril de 2021]. p. 210. Disponible en:

<https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>

17. Del Río Noriega F, Castellano Ramírez J, Fernández Burgos F, Fernández Gutiérrez B, Guerra Arévalo J, Huizing E, et al. Proceso asistencial integrado. Trastorno mental grave. Junta de Andalucía. Consejería de salud y familias. 2020.
18. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;177(AUG.):149-55.
19. Zumstein N, Riese F. Defining Severe and Persistent Mental Illness—A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Front Psychiatry*. 2020;11.
20. Conejo Cerón S, Moreno Peral P, Morales Asencio JM, Alot Montes A, García-Herrera JM, González López MJ, et al. Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness. A qualitative study. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(2):223-34.
21. Moreno MJ, Jaén MJ, Lillo R, Guija JA, Medina A. Trastorno mental grave. *Psiquiatría y Ley*. Documentos Córdoba 2018 [Internet]. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2020 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/2020-Trastorno_Mental_Grave__Psiquiatría_y_Ley.pdf
22. Servicio Andaluz de Salud. Escala de evaluación global de funcionamiento o Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) Global Assessment of Functioning Scale (GAF) [Internet]. Detección e intervención temprana en las psicosis. 2010 [citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaEEAG.pdf>
23. Pedersen G, Urnes, Hummelen B, Wilberg T, Kvarstein EH. Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *Eur Psychiatry*. 2018;51:16-9.
24. Gspandl S, Peirson RP, Nahhas RW, Skale TG, Lehrer DS. Comparing Global Assessment of Functioning (GAF) and World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1 de enero de 2018;259:251-3.
25. World Health Organization. *Medición de la Salud y la Discapacidad Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS*. 2010.
26. World Health Organization. WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS 2.0) [Internet]. 2015 [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>
27. National Institute of Mental Health. Mental illness [Internet]. nimh.nih.gov. 2020 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#part_154788
28. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2007. p. 169.
29. Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. Vol. 14, *World Psychiatry*. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 240-2.
30. Jurado Pulgar S, Jara Arias JA, López Rubia EM. Tratamiento asertivo comunitario en personal con trastorno mental grave. *Rev enfermería y salud* 2017;8:25-33.
31. Rochefort DA. Innovation and Its Discontents: Pathways and Barriers in the Diffusion of Assertive Community Treatment. *Milbank Q*. 4 de diciembre de 2019;97(4):1151-99.

32. López-Santiago J, Blas L V., Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 1 de abril de 2012;17(1):1-10.
33. Romero J de la H, Anguita Duarte F, Bueno Heredia A, Castellanos Gallo P, de la Montaña Tato C, Fernández García M del C, et al. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. 2010 [citado 5 de abril de 2021]. p. 174. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/TratamientoasertivocomunitarioAndalucia.pdf>
34. Lee CC, Liem SK, Leung J, Young V, Wu K, Wong Kenny KK, et al. From deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):243-50.
35. Aagaard J, Tuszewski B, Kølbaek P. Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? Vol. 31, *Archives of Psychiatric Nursing.* 2017. p. 641-6.
36. de la Cal Herrera A. Tratamiento asertivo comunitario y terapia ocupacional. *Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG.* 2015;12(21):5.
37. Sevillano-Jiménez A, Ruano-García C. Assertive community treatment as a method of care in mental health. Role of the specialist nurse. *Enfermería Clínica (English Ed.* 1 de noviembre de 2019;29(6):387-9.
38. Huizing E, Rodríguez-Gómez S, Lafuente Robles N. The implementation of the Mental Health Nursing Specialty in Andalusia. A community approach. *Enferm Clin.* 2019;29(6):370-5.
39. Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. The TMACT: A new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 3 de enero de 2011;17(1):17-29.
40. Odden S, Landheim A, Clausen H, Stuen HK, Heiervang KS, Ruud T. Model fidelity and team members' experiences of assertive community treatment in Norway: A sequential mixed-methods study. *Int J Ment Health Syst.* 16 de octubre de 2019;13(1).
41. Rollins AL, McGrew JH, Kukla M, McGuire AB, Flanagan ME, Hunt MG, et al. Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Assessment Methods: Reliability and Validity. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res.* 1 de marzo de 2016;43(2):157-67.
42. McGrew JH. The TMACT: Evidence based or eminence based? Vol. 17, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA; 2011. p. 32-3.
43. Clausen H, Ruud T, Odden S, Benth JŠ, Heiervang KS, Stuen HK, et al. Improved Rehabilitation Outcomes for Persons With and Without Problematic Substance Use After 2 Years With Assertive Community Treatment—A Prospective Study of Patients With Severe Mental Illness in 12 Norwegian ACT Teams. *Front Psychiatry.* 23 de diciembre de 2020;11.
44. Rodriguez CP, Uriarte JIU, Abascal JM, Corral FJM. Assessment of assertive community treatment in the Bizkaia Mental Health Services/Evaluación del tratamiento asertivo comunitario en la Red de Salud Mental de Bizkaia. *Int J Integr Care.* 2012;12(Suppl2).
45. Killaspy H, Mas-Expósito L, Marston L, King M. Ten year outcomes of participants in the REACT (randomised evaluation of assertive community treatment in North London)

study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1).

46. Schöttle D, Ruppelt F, Schimmelmann BG, Karow A, Bussopulos A, Gallinat J, et al. Reduction of involuntary admissions in patients with severe psychotic disorders treated in the access integrated care model including therapeutic assertive community treatment. *Front Psychiatry*. 2019;10(OCT).
47. World Health Organization. WHODAS 2.0 WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0 36-item version, self-administered. 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (22)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo (1-100) de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). La evaluación es del funcionamiento de la persona durante los últimos 12 meses.

Código. Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, la persona evaluada nunca parece superada por los problemas de su vida, es valorada por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
91	
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, el sujeto evaluado se muestra interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. descenso temporal del rendimiento escolar).
71	
70	Algunos síntomas leves (p. ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos/as, conflictos con compañeros/as de trabajo o de escuela).
51	
50	Síntomas graves (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. sin amigos/as, incapaz de mantenerse en un empleo).
41	
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej. el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. una persona adulta depresiva evita a sus amistades, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un/a niño/a golpea frecuentemente a niños/as más pequeños/as, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31	
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos/as).
21	
20	Algún peligro de causar lesiones a otras personas o a sí mismo/a (p. ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento/a; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej. muy incoherente o mudo).
11	
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otras personas o a sí mismo/a (p. ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	
0	Información inadecuada.

36-item version, self-administered

This questionnaire asks about difficulties due to health conditions. Health conditions include diseases or illnesses, other health problems that may be short or long lasting, injuries, mental or emotional problems, and problems with alcohol or drugs.

Think back over the past 30 days and answer these questions, thinking about how much difficulty you had doing the following activities. For each question, please circle only one response.

In the past <u>30 days</u> , how much <u>difficulty</u> did you have in:						
Understanding and communicating						
D1.1	<u>Concentrating</u> on doing something for <u>ten minutes</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D1.2	<u>Remembering</u> to do <u>important things</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D1.3	<u>Analysing and finding solutions to problems</u> in day-to-day life?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D1.4	<u>Learning a new task</u> , for example, learning how to get to a new place?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D1.5	<u>Generally understanding</u> what people say?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D1.6	<u>Starting and maintaining a conversation</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
Getting around						
D2.1	<u>Standing for long periods</u> such as <u>30 minutes</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D2.2	<u>Standing up</u> from sitting down?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D2.3	<u>Moving around inside your home</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D2.4	<u>Getting out of your home</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D2.5	<u>Walking a long distance</u> such as a <u>kilometre</u> [or equivalent]?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do

In the past <u>30 days</u> , how much <u>difficulty</u> did you have in:						
Self-care						
D3.1	Washing your <u>whole body</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D3.2	Getting <u>dressed</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D3.3	<u>Eating</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D3.4	Staying <u>by yourself</u> for a <u>few days</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
Getting along with people						
D4.1	<u>Dealing</u> with people <u>you do not know</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D4.2	<u>Maintaining a friendship</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D4.3	<u>Getting along</u> with people who are <u>close</u> to you?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D4.4	<u>Making new friends</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D4.5	<u>Sexual activities</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
Life activities						
D5.1	Taking care of your <u>household responsibilities</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D5.2	Doing most important household tasks <u>well</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D5.3	Getting all the household work <u>done</u> that you needed to do?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D5.4	Getting your household work done as <u>quickly</u> as needed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do

If you work (paid, non-paid, self-employed) or go to school, complete questions D5.5–D5.8, below. Otherwise, skip to D6.1.

Because of your health condition, in the past <u>30 days</u> , how much <u>difficulty</u> did you have in:						
D5.5	Your day-to-day <u>work/school</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D5.6	Doing your most important work/school tasks <u>well</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D5.7	Getting all the work <u>done</u> that you need to do?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D5.8	Getting your work done as <u>quickly</u> as needed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do

Participation in society						
In the past 30 days:						
D6.1	How much of a problem did you have in <u>joining in community activities</u> (for example, festivities, religious or other activities) in the same way as anyone else can?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.2	How much of a problem did you have because of <u>barriers or hindrances</u> in the world around you?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.3	How much of a problem did you have <u>living with dignity</u> because of the attitudes and actions of others?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.4	How much <u>time</u> did <u>you</u> spend on your health condition, or its consequences?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.5	How much have <u>you</u> been <u>emotionally affected</u> by your health condition?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.6	How much has your health been a <u>drain on the financial resources</u> of you or your family?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.7	How much of a problem did your <u>family</u> have because of your health problems?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
D6.8	How much of a problem did you have in doing things <u>by yourself</u> for <u>relaxation or pleasure</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do

H1	Overall, in the past 30 days, <u>how many days</u> were these difficulties present?	Record number of days ____
H2	In the past 30 days, for how many days were you <u>totally unable</u> to carry out your usual activities or work because of any health condition?	Record number of days ____
H3	In the past 30 days, not counting the days that you were totally unable, for how many days did you <u>cut back</u> or <u>reduce</u> your usual activities or work because of any health condition?	Record number of days ____

This completes the questionnaire. Thank you.