

# TRASTORNO MENTAL SEVERO

## SEVERE MENTAL DISORDER

**D. Luis Vila Pillado.**

Psiquiatra Coordinador de Salud Mental, Área de Lugo.

**D. Ramón Area Carracedo.**

Psiquiatra Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

**Dña. Verónica Ferro Iglesias.**

MIR Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo.

**D. Luis González Domínguez-Viguera.**

MIR Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo.

**Dña. Ania Justo Alonso.**

MIR Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo.

**Dña. M<sup>a</sup> Jesús Suárez Sueiro.**

D.U.E Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo.

**Dña. Soledad López Ares.**

Psiquiatra Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

**Dña. M<sup>a</sup> Luisa Tuñas Dugnot.**

Auxiliar de enfermería Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo.

**FORMA DE CONTACTO:** [luis.vila.pillado@sergas.es](mailto:luis.vila.pillado@sergas.es)

**TEXTO RECIBIDO: 20 de Diciembre 2006**

**TEXTO ACEPTADO: 20 de Enero 2007**

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.;  
Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 1 de 15

**Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:**

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; Gonzalez Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.: Trastorno Mental Severo. TOG (A Coruña) [revista Internet]. 2007 [-fecha de la consulta-]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf>

**RESUMEN**

Este artículo trata sobre los programas de Trastorno Mental Grave (o Severo). Se exponen los diferentes formas de abordaje para un tratamiento comunitario, el tipo de personal encargado de realizarlo, las características de la población a la cual se dirige, y los objetivos que se persiguen con la instauración de dicho programa.

**Palabras clave:** Tratamiento asertivo comunitario, Case Management. Trastorno Mental Severo.

**ABSTRAC**

This article treats on the programs of Serious Mental Disorder (or Severe). The different forms to develop a treatment on the community are exposed, and also the type of personnel in charge to make it, the characteristics of the population to which it is destined, and the goals that we pretend to obtain with this program.

**Key words:** Assertiveness; Community Mental Health Services; Case Management; Mental Disorders

## **1. Introducción**

La reforma en la atención psiquiátrica ( cuyos principios generales se encuentran recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, en su Artículo 20) trajo consigo la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos graves y crónicos y su paso de los hospitales psiquiátricos a la comunidad. Estos pacientes presentan una problemática muy compleja, no solo por la psicopatología que los caracteriza sino por las dificultades en el funcionamiento psicosocial que presentan y que les dificultan su integración en la comunidad. Posteriormente se puso de manifiesto la necesidad de crear recursos intermedios entre la hospitalización y las unidades de salud mental para este tipo de pacientes, que no suelen ser los más demandantes de atención psiquiátrica especializada, por un lado por su propia psicopatología que suele caracterizarse por la escasa conciencia de enfermedad y por otro por la saturación que presentan las Unidades de Salud Mental. (1)(2)(3).

## **2. Trastorno mental severo (TMS)**

Se entiende en una primera aproximación al concepto como aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social(3).

No se han desarrollado unos criterios homogéneos, pero la definición más consensuada probablemente tal vez sea la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), que incluye tres dimensiones:

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.;  
Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 3 de 15

- Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos y aquellas psicosis que aparecen en mayores de 65 años, al considerar que podrían recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos de Salud Mental) y algunos trastornos de personalidad. Según la CIE-10 abarcaría los códigos: F20-22, F24, F25, F28-31, F32.3, F33.3 (OMS, 1992). La inclusión de los trastornos de personalidad sigue siendo objeto de controversia, aunque dado que algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida, se considera que sí podrían clasificarse como TMS.
- Duración de la enfermedad y el tratamiento: superior a 2 años.
- Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en Autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

Las personas con un Trastorno Mental Severo presentan una serie de características comunes:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.

- Dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan solo a la familia, y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación (3).

Tanto de la definición como de las características del TMS se puede inferir que el concepto presenta una dependencia del contexto sociológico pero también de la evolución histórica de la asistencia psiquiátrica. En el caso particular de nuestra comunidad deberían señalarse algunas particularidades que arrancan del proceso de desinstitucionalización con una influencia directa en algunas características de pacientes encuadrados en la descripción de Trastorno Mental Severo. De manera similar, particularidades sociodemográficas como la dispersión o el envejecimiento, mantienen una relación insoslayable con el constructo de T.M.S.

### **3. Tipos de programas de atención comunitaria**

Los programas de atención comunitaria se pueden dividir en 6 tipos (si bien los tres primeros los podríamos considerar como subdivisiones de lo que se entiende por Case management), siguiendo a Mueser (4):

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.;  
Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 5 de 15

1. Modelo de agencia de servicios ( broker case management). Fue el primer modelo. Un profesional (case management, gestor de casos), generalmente no-clínico, se ocuparía de la coordinación de los cuidados al paciente (evaluar sus necesidades, realizar las derivaciones oportunas y gestionar los distintos recursos). El encuentro entre el case management y el paciente ocurriría a petición del paciente, sin demasiada frecuencia y sin el establecimiento de un vínculo afectivo entre ambos.
2. Case management clínico (CMC, clinical case management). Deriva de la evidencia aportada por el anterior, sobre la importancia de la formación y experiencia clínica del case management.
3. Case management intensivo (CMI, intensive case management). Cuando no es suficiente el CMC. Además se caracteriza por una ratio paciente-profesional pequeña, una actitud asertiva, más intervención en la comunidad que en el despacho y focalización en el apoyo práctico para la solución de problemas en la vida diaria.
4. Modelo de competencias. Se centra más que en los déficit del paciente en sus competencias y habilidades, respetando la autonomía en las decisiones de los pacientes.
5. Modelo rehabilitador. Se centra en las metas de los pacientes, utilizando el entrenamiento en habilidades sociales e instrumentales necesarias para las actividades de la vida diaria.

6. Tratamiento asertivo comunitario ( ACT, Assertive community treatment). Surge en el Mendota State Hospital de Madison, Wisconsin, ante la evidencia de que tratamientos efectivos durante la hospitalización dejaban de serlo cuando el paciente se reincorporaba a su vida diaria, lo que conllevaba generalmente una nueva hospitalización (5).

Diversos estudios han analizado la eficacia de los distintos modelos.

El Case Management ayuda a mantener el contacto con los pacientes, aunque incrementa los ingresos hospitalarios. Los datos sobre la mejoría en el estado mental, la calidad de vida y el funcionamiento social de los pacientes son contradictorios (6) (7).

En comparación con el Case Management, el ATC es un tratamiento más efectivo para la gestión de la atención en sujetos con enfermedades mentales severas dentro de la comunidad. Si es correctamente enfocado hacia sujetos que son asiduos de los servicios psiquiátricos de hospitalización, el ATC puede ocasionar reducciones significativas de los costes sanitarios, reduciendo la hospitalización, aunque inicialmente su puesta en marcha sea más costosa que en el caso del Case Management, y además mejora los resultados y la satisfacción de los pacientes (7)(8).

#### **4.Tratamiento asertivo comunitario**

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 7 de 15

El TAC representa el modelo más completo dentro de los distintos programas que se han desarrollado para el tratamiento en la comunidad de este tipo de pacientes (2)(7)(8).

Características generales:

1. El tratamiento lo lleva a cabo un equipo multidisciplinar, generalmente formado por psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
2. La responsabilidad del tratamiento recae sobre todo el equipo.
3. Disponibilidad 24 horas al día, los 365 días de año.
4. El tratamiento no tiene una duración limitada.
5. La frecuencia de contactos suele ser alta.
6. Tratamiento individualizado según las necesidades del paciente.
7. Tratamiento asertivo, caracterizado por interesarse activamente en el "enganche" y mantenimiento del paciente dentro del programa.
8. El equipo se encarga de coordinar los diferentes recursos sociosanitarios precisos en cada paciente ( Unidad de Agudos, Hospital de Día, Atención Primaria, Otras Consultas de Atención Especializada, Servicios sociales, etc).

Se trabaja sobre diferentes necesidades del individuo, recalcando la importancia de realizarlo "in vivo", en el entorno habitual del paciente.

9. Necesidades básicas del individuo: alimentación, alojamiento, atención sanitaria, etc.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 8 de 15

10. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria, como cocinar o usar el transporte público.
11. Seguimiento y control del tratamiento, detección precoz de abandonos o descompensaciones.
12. Reconocimiento de la tendencia de estos pacientes a abandonar el tratamiento, sobre todo cuando se encuentran peor.
13. Apoyo, información y educación a los miembros de la familia y del entorno que están implicados con el paciente.
14. Trabajar sobre la conciencia de enfermedad.
15. Evitar, en la medida en que sea posible, la rehospitalización (2)(5)(9).

## **5. Desarrollo del programa a nivel estatal**

Los primeros intentos de desarrollo de este tipo de programas a nivel estatal nos consta se iniciaron, según la revisión que hace Alonso (1), en el proceso de reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés, partiendo de los Centros de Salud Mental de Leganés y Fuenlabrada y formando subequipos de diplomados en enfermería, trabajadores sociales, y en el caso del segundo, también auxiliares psiquiátricos. A los pocos meses, y situándonos en el año 91, el área de Madrid desarrolla programas similares en los Centros de Salud Mental de Alcalá y Torrejón.

A partir de la segunda mitad de dicha década se van desarrollando programas similares en todo el estado, pudiéndose destacar el que se inicia en Málaga en

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 9 de 15

el año 96, y especialmente el de Avilés de 1999, y que posteriormente se extiende a otras áreas del Principado de Asturias.

El programa de Avilés es un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, en el que trabajan psiquiatras, D.U.E.s , auxiliares de enfermería y trabajadores sociales, de modo independiente del Centro de Salud Mental, haciéndose cargo del tratamiento integral de los pacientes que se le derivan y siguiendo las pautas de este tipo de programas.

También en la revisión de Alonso (1) se destaca como programas similares se han desarrollado desde asociaciones de familiares y desde ONGs, en algunos casos con apoyo de la administración, y se señala como ejemplo de los mismos el programa desarrollado en 1998 en Cantabria.

## **6. Desarrollo del programa en la Comunidad Autónoma Gallega**

En el Documento "Propostas de desenvolvemento da atención á Saúde Mental en Galicia" (10) se hablaba de las Unidades de Continuidad de Cuidados como formadas por equipos de tutores clínicos de casos localizados preferentemente en los dispositivos complementarios (Centros de día) aunque se abría la posibilidad de adscribirlos a los dispositivos básicos (Unidades de Salud Mental) cuando por la ruralidad o por otras razones se estimase necesario. La tendencia sin embargo posterior ha sido a adscribirlos a los Hospitales de día. Entre las funciones que se destacaban estaban la de garantizar la continuidad asistencial en estrecho contacto con los otros dispositivos de la red.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 10 de 15

Si bien en el área de Vigo ya venían funcionando desde antes, y de algún modo su experiencia sirvió como modelo para otras áreas, es como veremos a partir de comienzos del año 2002 cuando se empiezan a crear estos equipos en otras áreas, y a partir de 2006, cuando se empieza a hablar de Programa de Trastorno Mental Severo y a incorporar psiquiatras y otros profesionales como terapeutas ocupacionales a los equipos, si bien como veremos hay muchas diferencias entre las áreas, y aún quedaría por constituirse el equipo de Pontevedra y los equipos de los hospitales comarcales.

Desde el inicio del funcionamiento de dichos Equipos de Continuidad de Cuidados, parece haber consenso en que se ha observado como norma general la disminución de ingresos en las Unidades de Agudos en pacientes que anteriormente así lo requerían, así como una mejora en la calidad de vida de estos pacientes, aunque estos datos deberían estar mejor documentados.

### EQUIPO DE VIGO

Comienza su funcionamiento con una Auxiliar de enfermería el 31-7-91, incorporándose posteriormente otra Auxiliar en diciembre del 92, otras dos más en el 94 y dos coches. En diciembre del 2004 se incorpora una DUE y otra más en el 2006. Por lo tanto actualmente la componen: 2 DUES y 4 Auxiliares de Enfermería, dependiendo del Servicio de Rehabilitación del Rebullón y realizan el seguimiento a 24 pacientes en pisos protegidos, 19 pacientes en tomas a

cargo, 10 inyectables en despacho en consulta de enfermería y otros 2 en domicilio.

Los pacientes en tomas a cargo dependen de distintos facultativos y disponen de 2 vehículos pero se ven en la necesidad de desplazarse en múltiples ocasiones en taxi. Tienen como problema la amplia dispersión geográfica.

#### EQUIPO DE LUGO

Comienza su funcionamiento en enero de 2002, con una DUE y una Auxiliar de enfermería. En marzo de 2006 se incorpora una Psiquiatra a tiempo completo y en junio de 2006 una Terapeuta ocupacional a tiempo completo. El número de pacientes en seguimiento es de 42.

Se está pendiente de un segundo coche para los desplazamientos dada la importante dispersión geográfica de la zona y que la mayor parte de los domicilios están en el medio rural, así como de mejora en cuanto a espacio físico para reuniones.

#### EQUIPO DE A CORUÑA

Comienza su funcionamiento el 21 de enero de 2002, con un DUE y una Auxiliar de enfermería. Depende del Hospital de Día Psiquiátrico. En la actualidad tienen un seguimiento de 32 pacientes, colaborando con ellos un Psiquiatra a tiempo parcial y compartido con "Hospitalización a domicilio".

#### EQUIPO DE DE SANTIAGO

Comienza su funcionamiento el 2-2-04, con una DUE especialista en Salud Mental, una Auxiliar de enfermería especialista en Salud Mental y un Psiquiatra

compartido con salas de larga estancia. Realizan el seguimiento de 26 pacientes y carecen de medio de transporte.

#### EQUIPO DE FERROL

Comienza su funcionamiento en noviembre de 2004, con un DUE especialista en Salud Mental, una Auxiliar de enfermería y posteriormente se incorpora un Psiquiatra a tiempo total y una Trabajadora Social.

Según las necesidades asistenciales del paciente se asignan bien al Programa de Alta Intensidad (Continuidad de Cuidados), bien al Programa de Intensidad Intermedia (Trastorno mental grave). El Programa de Alta Intensidad es desarrollado fundamentalmente por la enfermería, mientras que el Programa de Intensidad Intermedia es el psiquiatra el que ejerce las funciones de tutor. En la actualidad realizan el seguimiento a 26 pacientes de alta intensidad y 47 de intensidad intermedia.

#### EQUIPO DE ORENSE

Comienza su funcionamiento el 15-2-05, con una DUE y una Auxiliar de enfermería. Dependen del Psiquiatra de Hospital de Día. Realizan el seguimiento de 23 pacientes.

#### PONTEVEDRA

En la actualidad Pontevedra es la única que carece de dicho "Equipo de Continuidad de Cuidados".

## Bibliografía

1. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A, Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista de la AEN 2004; 92.
2. Hernández Monsalve M, Tratamiento Comunitario Asertivo.
3. Arias P, Camps C, Cifre A, Chcharro F, Fernández J, Gisbert C, Gonzalez Cases J, Mayoral F, Moro J, Pérez F, Rodriguez A. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno técnico Número 6. AEN. Madrid, 2002.
4. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. "Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management". Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 37-74.
5. Novak M, Topolski J, "Assertive Community Treatment: the Wisconsin Model, Missouri Institute of Mental Health, Issue Brief.
6. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTd.).
7. Ziguras S, Stuart G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 years. Psychiatric Services 51:1410-1421, November 2000.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

Número 5. Febrero 2007.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; González Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, M.J.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, M.L.

REVISION: TRASTORNO MENTAL SEVERO

Página 14 de 15

8. Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTd.).
9. Suárez Sueiro MJ, Freije Castro C, Vázquez MJ, López Ares S, Equipo de continuidade de cuidados na rede de saúde mental. A experiencia na área de Lugo. Originales y revisiones. SISO Número 40. Verano 2004.
10. Xunta de Galicia: Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia. Colección Saúde Mental nº 18,1997