

# Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario. Implicaciones para el programa GAZTE

## *Maastricht. Cumulative needs for care monitor and Dutch model of assertive community treatment. Implications for the Gazte program*

Juan Carlos Irurzun<sup>1</sup>, Leire Martín<sup>2</sup>, Maite Bastida<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra; <sup>2</sup>MIR de Psiquiatría; <sup>3</sup>Enfermera especialista en Salud Mental. CSM Amara, Red de Salud Mental Gipuzkoa. Donostia-San Sebastian.

**Resumen:** Presentamos ideas e iniciativas desarrolladas en Maastricht (Países Bajos) en el campo de la asistencia a personas con Trastorno Mental Grave. En el ámbito de la evaluación mediante la 'monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados'. En el plano asistencial a través del modelo FACT de tratamiento asertivo. Destacamos la importancia de monitorizar el estado físico y planteamos algunas reflexiones sobre la aplicación de estas ideas a nuestro medio.

**Palabras clave:** Trastorno mental grave, Maastricht, necesidades de cuidados, tratamiento asertivo.

**Abstract:** Here we present the ideas developed in Maastricht (Netherland) in the field of care of people with Severe Mental Disorder. The 'cumulative needs for care monitor' for assessment and the 'function or flexible assertive community treatment' as a way to organize assistance are the main points. We also highlight the importance of monitoring the physical health and propose some considerations on the application of these ideas to our setting.

**Keywords:** Severe mental disorder, Maastricht, needs for care, assertive outreach.aspects of falling in love.

### Introducción

El objeto del presente trabajo es presentar las ideas e iniciativas desarrolladas en Maastricht (South Limburg, Países Bajos) en el ámbito de la asistencia a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), así como describir la posible adaptación y aplicación de dichas ideas y prácticas a nuestra realidad asistencial.

South Limburg es una región del sur de los Países Bajos, con estrechos vínculos con los países vecinos de Bélgica y Alemania, y con una población de unos 660.000 habitantes, similar a la de Gipuzkoa. Durante más de 10 años, fruto de una estrecha colaboración entre la Universidad de Maastricht y los servicios asistenciales, han venido presentando a la comunidad científica

y profesional importantes avances en la investigación y desarrollo de los servicios de salud mental. Además de su trabajo en dicho ámbito asistencial, la Universidad de Maastricht es una fuente de ideas de investigación sobre las psicosis, con estudios sobre las variaciones poblacionales de los fenotipos psicóticos, sobre las interacciones ecológico-genéticas, tanto gen-ambiente como ambiente-ambiente, y sobre epidemiología cognitiva.

Durante el otoño de 2010 tuvimos la oportunidad de visitar Maastricht y realizar una jornada de trabajo conjunta con profesionales del ámbito clínico y académico. Presentamos aquí un resumen de dicha jornada de trabajo complementado con una revisión de las publicaciones más recientes del grupo. En concreto nos vamos a centrar en tres temas fundamentales, en primer lugar describiremos su propuesta de evaluación clínica continuada, la monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC, CNCM *cumulative needs for care monitor*), en segundo lugar nos centraremos en su modelo de intervención asertiva (FACT, *'function' or 'flexible' assertive community treatment*) y por último comentaremos brevemente sus propuestas de monitorización del estado físico de los pacientes (MM, *medication monitor*).

### **La monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC)**

Los pacientes con TMG tienen una combinación de necesidades psiquiátricas, somáticas y sociales, de manera que requieren una atención multidisciplinaria compleja y coordinada. Muchas personas diagnosticadas de psicosis tienen síntomas residuales, abuso de drogas comórbido y problemas de salud física, así como necesidades en las áreas de autocuidado, alojamiento, actividades diurnas y contacto social.

La monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC) fue desarrollada para estandarizar y mejorar el diagnóstico basado en las necesidades de las personas con TMG en la región de South Limburg (Países Bajos). Es una herramienta para ser utilizada por los clínicos en su trabajo diario y está compuesta por un conjunto de instrumentos seleccionados sobre la base de su relevancia clínica. El objetivo es

obtener evaluaciones seriadas de los pacientes con TMG y proporcionar feedback individual estandarizado a los clínicos para apoyarles en la toma de decisiones. Cada clínico que realiza una evaluación recibe un informe en el plazo de dos días laborables, con un análisis pormenorizado del curso evolutivo del individuo, así como una puesta en relación de la evaluación individual con un grupo de referencia concreto. Los clínicos utilizan estos informes para diseñar planes de tratamiento individualizados.

### **Desarrollo de la MANC**

La MANC (CNCM por sus siglas en inglés) se inició con una fase piloto entre 1998 y 2001. En 2002 adoptan el modelo FACT, que describiremos en el siguiente apartado. La monitorización ha venido siendo ampliada y mejorada a lo largo de los años, incluyendo nuevos ítems en los instrumentos estándar utilizados, así como un registro de la prescripción farmacológica y del tratamiento psicossocial. En 2004 extendieron el área geográfica de aplicación y ampliaron su alcance, pasando a ser un instrumento de investigación sobre los servicios sanitarios regionales además de ser un método de evaluación individual de los pacientes, al incluir en su uso a todos los dispositivos que atienden a personas con TMG, sean sanitarios o sociales. En 2008 publican, en holandés, el manual que da soporte a la monitorización.

### **Instrumentos**

El núcleo de la MANC lo constituye la Camberwell Assessment of Needs, en su versión abreviada, Short Assessment Schedule (CANSAS), que incluye 22 ítems a los que en Maastricht han añadido 5 ítems considerados relevantes para los pacientes: trabajo remunerado, efectos secundarios, sentido-recuperación, sueño y legales, y otros 2 ítems que evalúan las necesidades de los cuidadores informales, información y sobrecarga.

Como medida de la psicopatología utilizan la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), versión de 24 ítems de la Universidad de California, a la que han añadido 4 ítems a petición de los clínicos: disociación, obsesión-compulsión, abulia y anhedonia social. Como alternativa a la hora de evaluar la severidad de los síntomas, en contextos con limitaciones de tiempo, utilizan la escala de Impresión Clínica Global (ICG), puntuando

cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, afectivos (ansiedad-depresión), cognitivos y maníacos, en una escala de 1 a 7.

Para valorar el nivel de funcionamiento de los pacientes utilizan la Global Assessment of Functioning (GAF), dividida en sus dos componentes, psicopatología y deterioro.

La calidad de vida es valorada por los propios pacientes utilizando cinco temas derivados del Lancashire Quality of Life Profile (LQLP), que dan lugar a 5 ítems puntuados sobre una escala de 1 a 7. Los pacientes también pueden puntuar la calidad de los cuidados y su satisfacción con la atención, dándoles la posibilidad de hacerlo de manera anónima.

### **Definición de TMG**

La utilización de los instrumentos arriba mencionados les permite realizar una definición amplia y operativa del TMG que incluye, además del diagnóstico de psicosis, esquizofrenia, otras psicosis no afectivas, trastorno bipolar y depresión con síntomas psicóticos, a personas que puntúan 15 o más en la escala positiva de la BPRS (conducta bizarra, contenido inusual del pensamiento, desorientación, alucinaciones y suspicacia-paranoia), así como a un grupo de pacientes que presentan una combinación de pobre funcionamiento (alguna de las dos escalas GAF<sub><45</sub>) y necesidad de cuidados en al menos dos de cuatro dominios extraídos de la CANSAS seleccionados *a priori* (alojamiento, subsidios sociales, alcohol, drogas).

Otra ventaja del procedimiento de evaluación es que les permite también aplicar una definición operativa de recuperación a la hora de valorar de manera global sus resultados.

### **Procedimiento**

Las entrevistas de evaluación las realiza el profesional de la salud mental implicado en el tratamiento del paciente. Todo el personal recibe un entrenamiento básico apoyado en el manual, así como sesiones anuales de 'recuerdo' para evitar la deriva de las puntuaciones y mantener la fiabilidad. Un equipo administrativo específico y altamente preparado proporciona supervisión *in situ* y elabora los informes de feedback.

Los pacientes son evaluados al menos una vez al año y con cada cambio importante de tratamiento o entorno terapéutico (hospitalización, derivación entre dispositivos). Los pacientes son informados y dan su consentimiento para el tratamiento agregado y anónimo de los datos.

Utilizando datos derivados del Registro de Casos Psiquiátricos de la región de South Limburg, obtienen unos 6000 casos diagnosticados de psicosis, aproximadamente el 1,6% de la población adulta, de los cuales 4500 (75%) se encuentran en la base de datos del CNCM que puede considerarse como una versión 'enriquecida' de dicho Registro.

### **'Function' o 'flexible' assertive community treatment (FACT). La variedad holandesa del tratamiento asertivo comunitario**

Una definición tipo de equipo de tratamiento asertivo comunitario (TAC) sería la de 'equipo multidisciplinar compuesto por varios gestores de caso, un psiquiatra, un psicólogo y un experto en tratamiento de problemas relacionados con sustancias, que proporciona cuidado intensivo de alcance asertivo, así como tratamiento a un grupo de hasta 100 personas que padecen un TMG'.

El TAC es una intervención de eficacia probada, cubre las 24 horas del día y funciona como puerta de entrada a las camas de hospitalización psiquiátrica. El TAC estándar ha demostrado su eficacia en la atención a los pacientes psiquiátricos más graves que viven en la comunidad, aquellos que tienen más riesgo de recaída y reingreso, su alojamiento es precario, la toma de medicación inconstante y presentan frecuentemente una comorbilidad por consumo de sustancias. Se estima que este grupo representa el 20% de las personas con enfermedad mental crónica, es decir el 0,1% de la población (100 en 100.000). El restante 80% de pacientes crónicos más estables constituye un grupo con importantes necesidades rehabilitadoras pero para el que no se ha establecido la superioridad de un modelo de intervención con la misma claridad que lo ha hecho el TAC para el grupo más grave.

Lo que empezaron a cuestionarse en Holanda era si podía sostenerse la existencia de una clara distinción entre los dos grupos, ¿son dos grupos

separados? o resulta que los pacientes fluctúan, pasan de uno a otro grupo en diferentes momentos de su evolución. La conclusión a la que llegaron fue que las diferencias entre los dos grupos tenían que ver únicamente con la intensidad de los cuidados y del tratamiento en un momento determinado, que ambos grupos tenían necesidades rehabilitadoras y de promoción de la recuperación, y que por consiguiente eran mejor atendidos por los mismos equipos multidisciplinarios, que eran capaces de flexibilizar su modo de funcionamiento para adaptarse a las necesidades de los pacientes.

El FACT es un modelo de gestión clínica de casos orientada a la rehabilitación, basada en el modelo TAC pero más flexible y capaz de atender a un rango más amplio de pacientes con TMG.

En el norte de Holanda comenzaron a desarrollar el modelo FACT en el año 2002 para atender al 100% de la población de pacientes psiquiátricos crónicos en la comunidad. Cada equipo atiende a un sector de unos 50.000 habitantes y aproximadamente a 200-220 pacientes, está compuesto por 7-8 gestores de caso (personal de enfermería, trabajo social y consejeros sobre abuso de drogas), 0,8 psiquiatras, 0,6 psicólogos y 0,5 especialistas en empleo y trabajo. Proporciona dos tipos de servicios:

- Gestión de caso individual para el 80% del grupo de pacientes estables.
- Gestión compartida de caso y tratamiento asertivo para el 20% más grave.

La tarea del equipo es proveer de cuidados coordinados, tratamiento médico basado en pruebas y rehabilitación orientada a la recuperación.

### ***Cómo funciona FACT***

Como hemos mencionado, al 80% de pacientes de menor gravedad se les proporcionan cuidados orientados a la recuperación, con gestión de caso individual. El gestor de cuidados visita al paciente de 2 a 4 veces al mes en su domicilio y es responsable de los cuidados individuales y del plan de tratamiento, el cual es renovado al menos una vez al año. Parte del tratamiento es el llamado 'plan de crisis' en el que se detallan los síntomas tempranos cuya detección dará lugar a la

puesta en marcha de una atención más intensiva. Las citas regulares con el psiquiatra (manejo de la medicación, evaluación) y con el psicólogo (psicoeducación, terapia cognitivo conductual) tienen lugar en el centro FACT. En el plan se incluyen también las intervenciones familiares y los apoyos ocupacionales.

En South Limburg funcionan 12 equipos FACT que atienden al 1-2% de la población general, necesitada de tratamiento psiquiátrico intensivo. Las modificaciones realizadas en el modelo de tratamiento asertivo comunitario les permiten ampliar la ratio de pacientes por profesional a unos 30. La asistencia está sectorizada, lo cual permite su coordinación con otros agentes socio-sanitarios y comunitarios. El equipo FACT trabaja conjuntamente con el equipo de urgencias psiquiátricas y el hospital psiquiátrico. Los psiquiatras de FACT, los del hospital y los de estructuras intermedias tienen una reunión semanal.

La variante FACT del TAC se ha extendido por toda Holanda. Algunas de las ventajas que ofrece este modelo serían la continuidad de cuidados, tratamiento y rehabilitación, tratamiento orientado a la recuperación y la posibilidad de implantar otras prácticas basadas en pruebas para cubrir las necesidades de los pacientes psiquiátricos de larga evolución en la comunidad.

### **Monitorización del estado físico. Medication Monitor (MM)**

#### ***Justificación de la monitorización***

La prevalencia del síndrome metabólico en la población general ha aumentado dramáticamente en las últimas décadas, especialmente en los países occidentales, hecho en gran medida relacionado con el aumento de la prevalencia de obesidad. Los datos indican que la prevalencia de dicho síndrome es superior en los pacientes con TMG. Es por ello que el síndrome metabólico en pacientes con psicosis constituye "una epidemia dentro de una epidemia". Hay distintos factores implicados: a) la psicosis *per se* como factor de riesgo y el concepto de carga alostática; b) el estilo de vida (con frecuencia presentan unos hábitos dietéticos inadecuados, fuman más, consumen más drogas y realizan menos ejercicio que la población general) y c) el papel de los antipsicóticos atípicos.

En la actualidad, las guías de práctica clínica incluyen la necesidad de examinar aspectos físicos con regularidad en los pacientes con tratamiento antipsicótico, reconociendo su importancia dentro de un tratamiento integral.

### **Medication monitor (MM)**

Durante nuestra visita a Maastricht tuvimos la oportunidad de examinar la manera en que llevan a cabo la monitorización del estado físico de los pacientes con TMG incluidos en la monitorización acumulativa de las necesidades de cuidados (MANC).

### **Método**

- Medición de parámetros físicos: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, tensión arterial sistólica y diastólica (TAS y TAD).
- Analítica sanguínea: hemograma, glucosa, perfil lipídico completo, perfil hormonal.
- Valoración de síntomas extrapiramidales.

Tras la medición basal realizan un control a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Con posterioridad realizan un control con periodicidad anual, siempre y cuando no haya habido cambios en el tratamiento. En el caso de que se modifique la pauta terapéutica previa o que se prescriba una nueva medicación se realiza una nueva medición basal.

### **Resultados de la monitorización**

Nos presentaron resultados de una muestra de  $n=281$  pacientes con tratamiento antipsicótico:

- De un total de 15 parámetros (perímetro abdominal, TAS, TAD, triglicéridos, HDL colesterol, LDL colesterol, colesterol total, IMC, glucosa, glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), prolactina, acatisia, rigidez, discinesia tardía) encontraban una media de **5,2 alterados** (DE=2,9).
- Solamente un 11% de los pacientes no tenían ningún parámetro alterado.
- El 35% de los pacientes cumplían criterios de síndrome metabólico, el 50% tenían síntomas extrapiramidales, el 37% tenían sobrepeso, el 25% eran obesos y el 1,6% estaban en un peso por debajo del recomendado.

- Casi el 50% de los pacientes estaban siendo tratados de forma crónica (>3 meses) con combinaciones terapéuticas (polifarmacia) que, en muchas ocasiones, no estaban en concordancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Debido a las limitaciones que han venido encontrando a la hora de registrar la medicación en el CNCM, piensan que esta cifra representa una subestimación de la prevalencia real de polifarmacia.

Su objetivo inmediato en la utilización del MM sería obtener unas estimaciones más precisas de la prevalencia de polifarmacia y poder mejorar la calidad de la prescripción psicofarmacológica. Por otra parte, con los datos del MM se plantean evaluar la asociación existente entre polifarmacia y parámetros de salud, tanto física como de estado mental y funcionamiento global.

### **Resultados de la atención al TMG**

El grupo de Maastricht ha aportado datos que apuntan a que la monitorización clínica sistemática de los pacientes con TMG se asocia con una mejoría global de la psicopatología. Con respecto a la utilización de servicios informan de que aumenta la atención ambulatoria, si bien no han podido demostrar un descenso en la utilización de recursos hospitalarios.

En un estudio observacional destinado a mostrar el efecto de la introducción de un enfoque asertivo en la atención a personas con TMG, compararon dos cohortes diferentes de pacientes tratados antes (1998-2001) y después (2002-2005) del inicio de FACT en 2002, y encontraron que, mientras que en el primer periodo el 19% de los pacientes con TMG hacían una 'transición' a fase de remisión, en el segundo periodo la cifra llegaba al 31% (OR=2,21, IC 95%=1,03-4,78).

### **Conclusión e implicaciones para el programa GAZTE**

Durante nuestra visita nos hemos reunido con los líderes clínicos y académicos que impulsan el desarrollo de un sistema de evaluación de las necesidades, psicopatología, funcionamiento, calidad de vida y satisfacción de las personas con TMG. Este sistema se lleva a cabo en condiciones de práctica asistencial cotidiana, utilizando ins-

trumentos cuidadosamente seleccionados para mantener la relevancia clínica y la utilidad a la hora de planificar las intervenciones y la asignación de recursos, al tiempo que se facilita su aceptabilidad de varias maneras. En primer lugar seleccionando instrumentos cuya cumplimentación pueda realizarse en un tiempo aproximado de una hora. En segundo lugar asegurando que el profesional reciba un rápido feed-back tras la evaluación. Por último, con un cuidado continuado para mantener la fiabilidad de las evaluaciones mediante la realización de talleres o seminarios anuales.

A la hora de trasladar lo aprendido a nuestro Programa de Atención a Personas Jóvenes con Psicosis (GAZTE), vemos que nuestro protocolo de evaluación, si bien coincide con el CNCM en lo que respecta a las áreas o dominios a valorar, resulta poco práctico en condiciones de asistencia cotidiana, de manera que nos proponemos modificarlo aceptando varias sugerencias de nuestros colegas de Maastricht. Por ejemplo, utilizaremos la CANSAS en lugar de la CAN y añadiremos los ítems de necesidades que no cubre la CANSAS. También utilizaremos la BPRS extendida en lugar de la PANSS para evaluar psicopatología, ya que resulta más amplia y completa para una población que puede presentar diversos tipos de psicosis.

En lo que respecta al modelo de gestión de casos vemos que el modelo FACT coincide también en gran medida con nuestras ideas. En la definición de nuestro proyecto, en la *misión*, asumimos el modelo asertivo como una de nuestras guías, aunque resulta también evidente que no todas las personas van a necesitar la misma intensidad de cuidados durante el curso de sus enfermedades. Una característica diferencial clave es que, si bien en Holanda no han optado por la proliferación superespecializada de dispositivos, tales como equipos de atención temprana, de intervención en crisis, de TAC exclusivo, etc., como en otros países pioneros en el desarrollo de recursos de Salud Mental como el Reino Unido, sí han tenido clara la necesidad de separar la atención a las personas con TMG de la prestada a personas con patología menor. En programas como el nuestro, que se desarrollan en un CSM, programas de tipo *generalista*, resulta a veces difícil mantener el foco, la moral y las habilidades especializadas necesarias para prestar la mejor

asistencia posible a las personas con patología grave, cuyas necesidades son, en ocasiones, muy superiores a su capacidad para articular una demanda. No obstante, el modelo FACT y sus desarrollos merece ser considerado como alternativa coste-eficiente al modelo TAC clásico para una población más amplia, como la que constituye nuestra población diana en GAZTE, jóvenes entre 16 y 35 años en riesgo o afectados de un trastorno psicótico.

Por último, coincidimos también en la importancia del cuidado de la salud física, en ese sentido el Medication Monitor plantea inicialmente una frecuencia de determinaciones analíticas mayor de la que nosotros proponemos en nuestro protocolo, pero en esencia coincide con la monitorización que nosotros hemos establecido para nuestra población GAZTE. Los resultados que nos presentaron no hacen sino confirmar la importancia de esta área que, en su experiencia, no era cubierta por los servicios médicos generalistas.

Valoramos como muy fructífera nuestra visita. A la hora de impulsar iniciativas de cambio asistencial resulta muy provechoso el intercambio de ideas y experiencias.

## Agradecimientos

A Philippe Delespaul, Jim van Os y Maarten Bak, por su amable acogida, y por su trabajo asistencial, docente e investigador en el tratamiento de personas con trastorno mental grave.

A Álvaro Iruin, gerente de Red de Salud Mental de Gipuzkoa, por su apoyo moral, profesional y económico.

## Bibliografía

- Bak M., van Os J., Delespaul Ph., et al. An observational, 'real life' trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:125- 130.
- Drukker M., van Os J., Bak M., à Campo J., Delespaul Ph. Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2010; 10:36.

- Drukker M., Bak M., à Campo J., Driessen G., van Os J., Delespaul Ph. The cumulative needs for care monitor: a unique monitoring system in the south of the Netherlands. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45: 475-485.
- Drukker M., van Os J., Dietvorst M., Sytema S., Driessen G., Delespaul Ph. Does monitoring need for care in patients diagnosed with severe mental illness impact on Psychiatric Service Use? Comparison of monitored patients with matched controls. *BMC Psychiatry* 2011; 11:45.
- Irurzun JC., Bastida M., Campos C., Neira N., Oyarzabal E., Palomo E., Zarraga K. Programa de Atención a Personas Jóvenes con Psicosis GAZTE. *Norte de salud mental*, 2010, vol. VIII, nº 37: 103-112.
- McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr. Res.* 2005; 80:19-32.
- Remmers van Veldhuizen J. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal* 2007; 43, 4: 421-433.
- Suvisaari J, Perala J, Saarni SI, Harkanen T, Pirkola S, Koskinen S, Lonngvist J, Reunanen A. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey.
- Tarricone I, Ferrari Gozzi B, Serreto A, Grieco D, Berardi D. Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. [Review] [94 refs].
- Van Os J., Delespaul Ph. Psychosis research at Maastricht University, The Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 559-560.

### Correspondencia

Juan Carlos Irurzun  
CSM Amara. Red de Salud Mental Gipuzkoa.  
Jose M<sup>a</sup> Salaberría, 9 • 20010 Donostia-San Sebastian  
juancarlos.irurzunpalacios@osakidetza.net

- Recibido: 12-6-11.
- Aceptado: 11-8-11.