

Impacto de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el Funcionamiento Psicosocial de las Personas con Enfermedad Mental Grave

Impact of Community Social Support Group Intervention on Psychological Functioning in People with Severe Mental Illness

Francisco Ballesteros Pérez

Equipo de Apoyo Social y Comunitario Fuencarral. Grupo5, España

Antonio Bertina

Equipo de Apoyo Social y Comunitario Fuencarral. Grupo5, España

Javier Motos Chacón

Equipo de Apoyo Social y Comunitario Fuencarral. Grupo5, España

Mónica Tejedor de la Torre

Equipo de Apoyo Social y Comunitario Fuencarral. Grupo5, España

Jesús Gentil Gil

Equipo de Apoyo Social y Comunitario Fuencarral. Grupo5, España

Mirko Antino

Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen. El EASC es un recurso joven que sigue la estela del Tratamientos Asertivo-Comunitario, integrándose en el marco de la Rehabilitación Psicosocial trazado por el Plan de Atención Social de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Esta novedad del recurso hace que no se cuente con datos sobre su eficacia; se propone un estudio multi-recurso que pretende demostrar la efectividad de la labor realizada por los EASC, y su impacto positivo en el funcionamiento psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y duradera. Los resultados indican que la intervención del EASC facilita que la persona mantenga autonomía en su vida, permaneciendo en el entorno, usando menos recursos hospitalarios y cada vez más servicios de la comunidad. La sensación de la integración social y la percepción de calidad de vida, así como el nivel de satisfacción de fami-

Antonio Bertina es Educador en el Equipo de Apoyo Social y Comunitario Fuencarral (EASC) Fuencarral.Grupo5; Javier Motos Chacón es Educador en el EASC Fuencarral. Grupo5; Mónica Tejedor de la Torre es Trabajadora Social en el EASC Fuencarral. Grupo5; Jesús Gentil Gil, es Coordinador en el EASC Fuencarral. Grupo5 y Mirko Antino es profesor asociado en la Universidad Complutense de Madrid, España.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Francisco Ballesteros Pérez. Psicólogo EASC Fuencarral. Grupo5. c/ Hospitalet de Llogrebat, 2. 28034 Madrid. E-mail: francisco.ballesteros@grupo5.net

liares y cuidadores son otros de los parámetros que mejoran con la actuación multidisciplinar de los profesionales.

Palabras clave: equipo de apoyo, rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, efectividad, recuperación.

Abstract. EASC is the latest rehabilitation program that follows the trail of Assertive Community Treatment, integrated into the framework of Psychosocial Rehabilitation traced by Social Care Program of the Comunidad de Madrid. The novelty makes not to have available efficacy data for this kind of rehabilitation programs; so that it is proposed a multi-center study in order to demonstrate the effectiveness of the EASC intervention, and its positive impact on psychological functioning of people with severe mental illness. The results indicate that EASC intervention facilitate people to keep some autonomy in their life, remaining in their natural context, using less hospital resources and increasing community services. The sense of social integration and the perception of quality of life, as well as, the level of family and caregivers satisfaction are considered as other improvement criteria of the multidisciplinary professionals' interventions.

Keywords: community and social support group, psychosocial rehabilitation, severe mental illness, effectiveness, recovery.

Un Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) es un recurso público de atención domiciliaria para personas con enfermedad mental grave y duradera, que pretende mejorar su funcionamiento psicosocial, facilitando su pleno desarrollo en el entorno familiar y comunitario, que está incluido dentro de los recursos de rehabilitación del Plan de Atención Social a Personal con Enfermedad Mental Grave y Duradera (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003).

Un EASC funciona de un modo integrado, coordinado y complementario con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental (Acevedo y de la Hoz, 2013; Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003).

En el año 2005 se crean los cuatro primeros EASC, en la actualidad son 38 los EASC que prestan su servicio en la Comunidad de Madrid. Cada equipo tiene capacidad para atender semanalmente a 30 personas de lunes a viernes.

Las metas de un EASC son múltiples y se adaptan a las necesidades de cada persona. La filosofía de intervención radica en la individualización de cada proceso de rehabilitación, buscando la máxima adaptación a las dificultades de cada uno; aun así, encontramos líneas de intervención con objetivos compartidos (Subirats, 2010):

- Ofrecer atención domiciliaria que permita a usuarios con dificultades de funcionamiento mantenerse en su hogar o en el entorno familiar, evitando situaciones de riesgo de marginación o de institucionalización.
- Ofrecer apoyo para crear o mejorar la vinculación del usuario con la red de recursos de salud mental y de servicios sociales.
- Ofrecer apoyo a las familias de usuarios para mejorar las relaciones entre ambas partes.
- Promover el desarrollo de autonomía personal y de manejo comunitario que faciliten la mejora de su situación vital, integrando a la persona en su entorno y en los recursos socioculturales del mismo.

Un resumen del perfil general de los usuarios atendidos en un EASC es el siguiente (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003; Saiz y Chévez, 2009):

- Personas de edad entre 18 y 65 años, de ambos sexos, con enfermedad mental grave y duradera (esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y trastornos del estado de ánimo) que presenten deterioros en su funcionamiento psicosocial y en su integración socio-comunitaria y sanitaria; que necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación; y sobre todo ayudarles a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.

Para asegurar la adecuada atención e intervención, cada EASC cuenta con seis profesionales (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2003): un psicólogo, un trabajador social, dos educadores, un director y un administrativo. Es importante resaltar que las funciones de cada profesional deben entenderse de una forma flexible y dinámica, desde una lógica de trabajo interdisciplinario que asegure un proceso de intervención global basado en la rehabilitación psicosocial. Se destacan las siguientes líneas de actuación de cada profesional:

- El psicólogo realiza una evaluación funcional del usuario y diseña el plan individualizado de atención psicosocial. Procura llevar a cabo el trabajo orientado a la adquisición de las competencias personales del usuario.
- El trabajador social asesora al usuario sobre los recursos del entorno y las prestaciones a las que puede acceder, para aumentar su participación e implicación en el tejido social. También aparece como figura de referencia en el área familiar, interviniendo en aquellas situaciones que perjudican la convivencia.
- Los dos educadores fomentan la autonomía personal y social del usuario, aportando estructura en las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (AVDs).
- El director es el responsable último de la intervención que desarrolla el equipo; coordinando, organizando y definiendo la metodología de intervención. Asimismo, es el encargado de mantener el enlace con el Servicio de Salud Mental (SSM).
- El administrativo es el responsable de dar soporte logístico al equipo.

Esta combinación de profesionales hace a este recurso de intervención en el medio y entorno de la persona, único, ya que con los diferentes profesionales se cubren de forma integrada todas las áreas psicosociales de la persona.

En cuanto al proceso de atención de la persona, se pueden distinguir las siguientes fases:

- *Derivación*: La persona es derivada desde el Programa de Continuidad de Cuidados del SSM del distrito de referencia. El responsable de continuidad de cuidados del paciente (psiquiatra, trabajador social o enfermero/a) trasladan al equipo una serie de objetivos que guiarán su labor durante el proceso.
- *Presentación*: Según el distrito, un miembro del equipo acudirá al SSM para conocer al usuario, en presencia de un profesional del SSM; en otros casos, se adaptará el formato del primer contacto en función de la individualidad del usuario. Desde ese mismo momento toma especial relevancia la generación de un vínculo positivo y de confianza, que facilitará el desarrollo de las siguientes fases.
- *Evaluación*: La primera tarea del EASC será realizar una evaluación del funcionamiento psicosocial de la persona en las áreas propias de cada profesional. La información recogida servirá para la elaboración de un informe de evaluación.
- *Plan Individualizado de Atención Social Comunitaria (PIASC)*: Con los datos de la evaluación se diseña el PIASC de la persona, en un periodo de 45 días, que se entregará al SSM, marcando el inicio de la intervención. Ese informe incluirá los objetivos que se hayan consensuado con la persona, en base a sus necesidades.
- *Intervención*: El usuario es atendido normalmente un mínimo de una vez por semana de manera individualizada o grupal, en su entorno o domicilio, dependiendo de los objetivos psicosociales y de integración, por alguno de los miembros del EASC. La rotación de los profesionales en las visitas depende del vínculo que tenga la persona con cada profesional y de los objetivos que se estén trabajando en cada momento.
- *Seguimiento*: Una vez que tanto el usuario como los profesionales identifican el logro de los objetivos consensuados en el PIASC, se inicia el cierre paulatino de la intervención, sin descartar nunca retroceder a la etapa anterior, en función de la evolución de la persona.

La metodología de trabajo empleada por los EASC se fundamenta en los postulados de la rehabilitación psicosocial. Es decir, se trata de un modelo de atención comunitaria orientado hacia la persona y basado en los principios de normalización, integración, autonomía, individualización y apoyo social.

La rehabilitación psicosocial pretende mejorar el funcionamiento psicosocial de las personas en las distintas

áreas de su vida susceptibles de intervención, potenciando las habilidades conservadas, mejorando las habilidades de afrontamiento y minimizando las capacidades deficitarias, mediante entrenamientos sistemáticos en pro de lograr el máximo grado de autonomía personal.

Las técnicas utilizadas se sustentan fundamentalmente en modelos de aprendizaje social y en el análisis funcional de la conducta, ofreciendo un tratamiento integral de la problemática de la persona, que va más allá del abordaje clínico de la sintomatología característica de los trastornos mentales graves. Se trata de conseguir cambios que sean significativos para la persona en distintos ámbitos de su vida y de poner en juego roles más adaptativos y alternativos al de “enfermo mental”.

Se considera que para poner en marcha estas estrategias, se requiere de un vínculo positivo y de confianza, entendido éste como una relación particular de intimidad con los diferentes profesionales del EASC en la que el usuario se sienta aceptado, validado y cómodo. La creación y mantenimiento de este vínculo es necesario en todo proceso de recuperación. De no conseguirlo, es poco probable que se pueda alcanzar las metas consensuadas con la persona. Este planteamiento se ha visto ratificado en diferentes estudios en los que el vínculo es la clave del cambio (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds 2011; Kohlenber et al., 2005).

Los EASC trabajan directamente en el propio entorno del usuario lo cual implica una mayor validez ecológica, facilitando así una mayor generalización de los logros adquiridos. El estilo de la atención que prestan los profesionales se basa en la genuinidad, aceptación incondicional, el respeto, la empatía, normalización, promoción y la flexibilidad.

Un paso más allá de la rehabilitación psicosocial estaría el concepto de recuperación que implicaría, además de lo dicho anteriormente, la construcción por parte del usuario de un proyecto vital que guíe sus motivaciones, en palabras de Farkas (2007, p. 69), *proceso personal y profundo de cambio de actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, funciones desempeñadas y objetivos vitales que produce el desarrollo de un nuevo significado y nuevos objetivos en la vida personal, más allá del impacto de la enfermedad mental*.

En Saiz y Chévez (2009), se mencionan como antecedentes del EASC el monitor de tiempo libre en España, el *animateur* en Francia o el interviniente clínico en Canadá. Asimismo, se marcan como referencia otros modelos de más recorrido y con más reconocimiento internacional como son el Acompañamiento Terapéutico (AT) y el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) (Chévez, 2011; Saiz y Chévez, 2009). A continuación, se explicarán brevemente cada uno de ellos.

El marco conceptual del que proviene el AT es el psicoanálisis, la psicología sistémica y la social. En Chévez (2011, p. 60) es definido el AT como:

Un dispositivo de baja exigencia, no directivo que desde la perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individualmente o grupal, promoviendo la participación y autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social.

Por su parte, Rossi (2011) define el AT como:

Recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento multidisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencia, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables por estrategias psicoterapéuticas clásicas.

Los elementos técnicos constitutivos del AT son el vínculo, la metodología de lo cotidiano, el trabajo en equipo y el encuadre (Chévez, 2011).

El AT es visto como una intervención dentro de un tratamiento más general, pero no como un tratamiento en sí (Saiz y Chévez, 2009), por lo tanto puede ayudar a dar continuidad en la vida del paciente dentro de un marco más amplio de tratamiento socio-comunitario, conceptualizado éste como el protagonista absoluto de su proceso, iniciativas, motivaciones, etc.

Este modelo de trabajo no dispone de estudios empíricos (Saiz y Chévez, 2009), primando más la evidencia de los estudios clínicos (Shepherd, Boarman y Slade, 2008).

Por otra parte, encontramos el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), modelo que fue desarrollado por Stein y Test en la década de los 70 (Stein, Test y Marx, 1975; Stein y Test, 1980), con una clara filosofía de tratamiento alternativo al tradicional y con el énfasis del trabajo en la comunidad y entorno de la persona con enfermedad mental grave y duradera.

El TAC es definido como: [...] *un enfoque de equipo multidisciplinar, que ofrece tratamientos comunitarios integrados, rehabilitación y apoyo para ayudar a las personas con enfermedad mental grave a evitar hospitalizaciones psiquiátricas y poder mantenerse viviendo en su entorno o comunidad* (Gold et al., 2003, p. 290). Bond, Drake, Mueser y Latimer (2001) en su conceptualización del TAC resaltan la característica de ser un tratamiento intensivo en la comunidad; que se ajusta mejor a aquellos usuarios que no son capaces de hacer un uso adecuado de los servicios tradicionales de salud mental (Latimer, 1999).

Los equipos TAC tienen una visión holística de la problemática de la persona y ofrecen servicios como apoyo en el manejo del entorno, en el gestión económica, ayuda con la medicación o cualquier circunstancia que pudiera ser crítica para el éxito personal (Bond et al. 2001). Para alcanzar estos objetivos, los principios básicos en los que se sustenta el TAC son (Bond et al. 2001; Stein y Test, 1980): equipo multidisciplinar, atención integrada, trabajo en equipo, ratios de profesionales-pacientes bajos, contacto con la persona en la comunidad, manejo de la medicación, focalizado en los problemas cotidianos, de acceso rápido, con acercamientos asertivos, individualizado y sin duración preestablecida.

El TAC cuenta con respaldo empírico que demuestra no sólo su eficacia sino su eficiencia. Obteniendo como variables de impacto la reducción de ingresos hospitalarios, el aumento de la capacidad para mantenerse en casa, mejora en los síntomas, aumento de la calidad de vida, medidas de autoestima y reducción de la sensación de carga en las familias (Bond, 2002; Killaspy et al., 2006; Stein, Barry, van Dien, Hollingseorth y Sweeney, 1999; Test y Stein, 1980; Weisbrod, Test y Stein, 1980), el TAC fue incluido como una de las seis prácticas clínicas con evidencia empírica para la población con la que trabajan (Drake et al, 2000; Phillips et al., 2001).

Con el propósito de esclarecer las variables principales diferenciadores de los tres modelos expuestos se presenta la Tabla 1.

Los EASC son el último de los recursos de rehabilitación desarrollados por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, por ello, este modelo no dispone todavía de estudios empíricos que muestren su efectividad. Debido a la necesidad de apostar por tratamientos empíricamente apoyados (APA, 2010; COP, 1993), y de que los recursos de rehabilitación promuevan la evaluación de resultados en la autonomía, calidad de vida y satisfacción de los usuarios, así como en la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones (A. Rodríguez y M. F. Bravo 2003, en Gisbert, 2003; Navarro, 2011), resulta de gran interés realizar estudios que evalúen los resultados de este tipo de recursos de rehabilitación. Por todo ello, el objetivo de este trabajo es estudiar la efectividad de las intervenciones socio-comunitarias de los EASC, y cómo éstas influyen en la mejora del funcionamiento psicosocial de los usuarios de estos recursos.

Método

Descripción del recurso

El Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Fuencarral y el EASC de Tetuán son dos recursos de rehabilitación gestionados por la sociedad Grupo5 Rehabilitación Psicosocial, que se engloba dentro de la empresa Grupo5, Acción y Gestión Social. Ambos recursos están vinculados con el Centro de Día y Soporte Social de Fuencarral y pertenecen a la Red Pública de Atención para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera perteneciente a la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Ambos llevan prestando servicio a la comunidad desde diciembre de 2007, atendiendo a los primeros usuarios derivados desde de Enero de 2008.

Tabla 1

	TAC	AT	EEASC
Áreas de intervención	Salud mental.	Salud mental. Niños y ancianos. Discapacidad. Pacientes terminales. Ámbito jurídico y tutela. Drogodependientes.	Salud mental.
Circuito de la motivación	Del profesional al usuarios	Del usuario al profesional.	Del profesional al usuario.
Contenido de la intervención	Patología del usuario y desarrollo de habilidades	Vínculo que se establece con el usuario	Potencial funcional del usuario para adecuarse al entorno
Objetivos de la intervención	Autonomía, normalización, evitar hospitalizaciones psiquiátricas.	Subjetivación, desarrollo del vínculo y red social en función de la estrategia de tratamiento.	Autonomía, normalización. Facilitar la "vinculación" a los dispositivos.
Lugar de la intervención	Entorno socio-comunitario.	Entorno socio-comunitario.	Entorno socio-comunitario.
Marco teórico de referencia	Teoría cognitivo conductual. Rehabilitación.	Teoría psicoanalítica. Psicología sistémica. Psicología social.	Perspectiva integradora.
Metodología	Directiva, asertiva.	No directiva.	Ambas.
Conformación del equipo	Multidisciplinar: Psiquiatras. Psicólogos. Terapeutas ocupacionales Enfermeros. Educadores.	Multidisciplinar: Psicólogos. Psicólogos principalmente. Profesionales de diferentes áreas con formación específica.	Multidisciplinar: Psicólogos. Trabajadores sociales. Educadores.
Trabajo guiado por	Objetivos pautados al inicio de la intervención.	Consignas estratégicas que son reformuladas de forma constante.	Objetivos pautados después de un proceso de evaluación de 45 días (con revisiones periódicas).
Ratio profesional/usuario	1: 10-20	1: 6-8	1: 6-8

Fuente: Chávez, 2011, pp 82-83.

Participantes

Se seleccionaron a todos los usuarios que han sido derivados a los EASC de Fuencarral y Tetuán desde su creación. El número total inicial de usuarios entre los dos equipos es de 84. De esta muestra inicial se eliminan 8 debido a la imposibilidad de adquirir los datos sociodemográficos y clínicos mínimos. Por tanto la muestra final es de 76. No se ha aplicado ningún criterio de exclusión para esta muestra.

Variables

Variable independiente. Atención social, intervención domiciliaria y apoyo comunitario organizado de modo flexible y ejecutado por el EASC, y según los objetivos marcados en el PIASC de cada usuario. La intervención se hará desde la necesidad de trabajar con una visión global del usuario, su entorno, su problemática y su demanda. Se actuará desde un modelo de intervención social comunitaria rehabilitadora y comprometida con

apoyar a cada persona en su domicilio y entorno y con afán de conseguir el máximo de autonomía y la mejora en el funcionamiento psicosocial.

VARIABLES DEPENDIENTES. A continuación se describen las variables dependientes que se han utilizado para evaluar el cambio:

- Puntuación anual de la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG).
- Puntuación anual de las escalas de cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento en el contexto social amplio de la Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS).
- Puntuación media anual del Cuestionario de Calidad de Vida. Para obtener ésta se hace el sumatorio de todos los ítems que ha respondido el usuario y se divide por el número de respuestas dadas.
- Número anual de recursos de la red (Centro Día (CD), Centro Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), Mini residencias, Pisos Supervisados, Pensiones Supervisadas) en los que el usuario ha estado vinculado.
- Número anual de recursos normalizados de la comunidad en los que el usuario ha participado. Para tener en cuenta este dato se requiere que la actividad esté reglada y suponga una continuidad y un compromiso para la persona.
- Número anual de días que el usuario ha estado ingresado en la Unidad Hospitalización Breve (UHB).

Instrumentos de medida de las variables independientes

Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) (APA, 2002): es una escala 0-100, donde cero es información inadecuada sobre la actividad general y 100 indica satisfacción en una amplia gama de actividades y una adecuada actividad general.

- *Escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS)* (OMS, 2000): instrumento que evalúa el funcionamiento psicosocial en pacientes con trastornos mentales. Este instrumento evalúa cuatro áreas específicas de funcionamiento como son: el cuidado personal, el funcionamiento ocupacional, el funcionamiento familiar, y el funcionamiento en el contexto social amplio. Cada una de estas áreas debe ser puntuada en una escala de cero a cinco, donde cero es ninguna discapacidad y 5 discapacidad máxima. Existe la posibilidad de anotar si la persona necesita ayuda para funcionar en cualquiera de esas áreas.
- *Cuestionario de Calidad de Vida*: cuestionario elaborado a partir de la Escala de Satisfacción con áreas de la Vida (SLDS) de Baker e Intagliata (1982), mediante un convenio entre la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y la Universidad Complutense de Madrid. Este instrumento consta de 26 ítems donde las personas tienen que evaluar su nivel de calidad de vida percibida en diferentes áreas (hogar, alimentación, estado de ánimo, etc...). Para ello se utiliza una escala tipo Likert 1-7, donde 1 es *muy insatisfecho* y 7 *muy satisfecho*.

Por último, se recogerán datos sobre las variables sociodemográficas y clínicas con el objetivo de establecer el perfil de usuario con el que se está trabajando. Éstas son: sexo, edad, tipo de convivencia, ingresos económicos, procedencia de los ingresos económicos, años de enfermedad, diagnóstico, existencia de diagnóstico comórbido, tipo de tratamiento psiquiátrico, existencia de tratamiento no psiquiátrico, presencia de enfermedades físicas, número y distribución de las intervenciones y situación de la atención dentro del EASC, siendo definido el *alta* como la salida del recurso por consecución de objetivos; *baja*, salida del recurso consensuado por el equipo, el SSM y el propio usuario; *abandono*, salida del recurso por la negativa reiterada del usuario a ser tratado por el EASC; y *tratamiento*, la persona está en activo con el EASC.

Diseño

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

El planteamiento del estudio es de diseño cuasi experimental, sin asignación aleatoria, con una sola muestra, con medidas repetidas en las variables de interés en cuatro momentos; en el momento de la evaluación, que recoge el año anterior a la entrada en el recurso (o PRE), al año en el recurso (1 año), a los dos años en el recurso (2 años) y a los tres años en el recurso (3 años).

Procedimiento

Los usuarios acceden EASC exclusivamente a través de su derivación por parte del Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) del Servicio de Salud Mental (SSM) del distrito en las comisiones de derivación y seguimiento que se celebran al menos una vez al mes. En ellas, el coordinador de continuidad de cuidados responsable del caso, hace entrega del protocolo de continuidad de cuidados con los datos sociodemográficos y clínicos del usuario así como una propuesta de los objetivos de intervención, al tiempo que se hace una pequeña exposición del caso. El resto de los datos de los usuarios/as se obtiene de las entrevistas directas con él, el familiar y/o con personas de su entorno. Asimismo, se administran los cuestionarios anteriormente descritos. De la recogida de todos esos datos se elabora un informe de evaluación y un Plan Individualizado de Atención Social Comunitaria (PIASC).

Así pues, de los protocolos de derivación del PCC, del informe de evaluación y de los PIASC confeccionados se extrajeron las variables sociodemográficas y las variables clínicas de los 76 usuarios que se tienen en cuenta en este estudio.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se analizarán con el paquete estadístico SPSS.

Algunos de los análisis tienen carácter descriptivo para analizar las características del perfil sociodemográfico y clínico.

Para evaluar el cambio significativo de las puntuaciones medias en los diferentes momentos (PRE, cuando llevan un año, cuando llevan dos años y cuando han cumplido el tercer año) se utiliza la prueba *t de student* de medidas relacionadas para las variables que se ajustan a la normal (*Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG)* y *Cuestionario de Calidad de Vida*) y la prueba no paramétrica *Wilcoxon* para las variables que no se ajusten a la distribución normal (*Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS)*, número de días ingresado en UHB, número de recursos del plan de rehabilitación utilizados y número de recursos normalizados utilizados), ya que existe interés en comparar cada momento con el de origen (PRE) y ver cómo son los cambios.

Resultados

Variables sociodemográficas y clínicas de los usuarios del EASC

Las características sociodemográficas de los usuarios de los EASCs de Fuencarral y Tetuán están presentadas en la Tabla 2; en la Tabla 3 se encuentra el perfil clínico de la muestra.

Se presenta a continuación el número total de sesiones de evaluación y tratamiento que se ha tenido con la muestra de este estudio, así como su promedio anual (Tabla 4). Se muestran datos similares de las intervenciones con los familiares (Tabla 5).

Tabla 2. Perfil sociodemográficos de la muestra de usuarios

<i>N</i>	76
Edad media (años)	X = 44.14 (DT. 11) (21-68)
Sexo (% de varones)	65.8 %
Tipo de convivencia	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: 35.5% - Con familia: 55.3% - Centro residencial: 6.6% - Centro hospitalario: 2.6%*
Ingresos económicos	X = 596€ (DT. 456) (0-2400€)
Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> - Pensión No Contributiva (PNC): 27.6% - Pensión Contributiva (PC): 17.1% - Pensión Hijo a Cargo (PHC): 18.4% ** - Pensión de Orfandad: 6.6% - Trabajo: 2.6% - Otras: 6.6% - Varias: 13.2%

* En el momento de la recogida de datos estos usuarios se encuentran en Unidad de Media Estancia (UME) o Unidad de Larga Estancia (ULE).

** Este tipo de pensión está concedida a los padres de los usuarios, pero éstos refieren que la gestionan ellos.

Tabla 3. Perfil clínico de la muestra de usuarios

<i>N</i>	76
Diagnóstico Principal	<ul style="list-style-type: none"> - No disponible: 2.6% - Esquizofrenia: 67.1% - Otros trastornos psicóticos: 13.2% - Trastornos de Personalidad: 6.6% - Trastornos del estado de ánimo: 7.6% - Otros: 2.6%
Presencia de diagnóstico comórbido	<ul style="list-style-type: none"> - Sí: 29.3% - No: 70.7%
Años de enfermedad	X = 20.03 (DT.8.9) (3-44)
Enfermedades físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Sí: 47.4% - No: 52.6%
Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> - Psiquiátrico: 98.7% - Otros tratamientos: 50%
Momento de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento: 69.7% - Alta: 13.2% - Baja: 14.5% - Abandono: 2.6%

Tabla 4.

	2009	2010	2011
Número total de sesiones de evaluación	627	201	649
Número total de sesiones de tratamiento	3665	3868	3858
Promedio anual de sesiones de evaluación por usuario	28.97	12.71	36.65
Promedio anual de sesiones de tratamiento por usuario	70.48	75.84	72.79

Tabla 5.

	2009	2010	2011
Número total de sesiones de evaluación	151	17	115
Número total de sesiones de tratamiento	472	466	296
Promedio anual de sesiones de evaluación por familia	8.55	1.07	6.85
Promedio anual de sesiones de tratamiento por familia	27.7	25.61	17.64

Tabla 6.

	2009	2010	2011
Número total de sesiones de evaluación (usuarios)			
– Domicilio	167	44	145
– Entorno (incluye telefónicas)	460	157	504
Número total de sesiones de tratamiento (usuario)			
– Domicilio	870	1105	942
– Entorno	1886	2237	2475
– Telefónicas	909	526	441
Número total de sesiones de evaluación (familia)			
– Domicilio	59	2	36
– Entorno (incluye telefónicas)	92	15	78
Número total de sesiones de tratamiento (familia)			
– Domicilio	151	162	119
– Entorno (incluye telefónicas)	321	304	177

Finalmente, en el Tabla 6 se puede apreciar la distribución en cuanto al lugar donde se han llevado a cabo las intervenciones de evaluación y tratamiento tanto en usuario como en familias.

Dentro del número de intervenciones se incluyen todas las que han tenido los diferentes profesionales que componen un EASC. Asimismo, comentar que se han contado como sesiones dobles las que han requerido la presencia de dos profesionales debido a que se trabajan objetivos diferentes.

Variables del funcionamiento psicosocial

La puntuación media anual medida a través del Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) (APA, 2002), se presenta en el Gráfico 1.

Resultados en la prueba *t de student* para la escala EEFG que muestran cambios estadísticamente significativos entre la evaluación PRE y los otros momentos de evaluación. Entre el momento 1 año, 2 años y 3 años, se observa constancia en la mejora del funcionamiento global (Dibujo 1).

Las puntuaciones medias en las cuatro subescalas de la Escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familia y funcionamiento social) (WHO-DAS) (OMS, 2000), se presentan en el Gráfico 2. Se puede apreciar que ninguno de los usuarios presenta un *funcionamiento con asistencia*.

En el resultado de la prueba no paramétrica *Wilcoxon (w)* para la escala de Cuidados Personales del WHO-DAS, no se aprecian cambios a nivel significativo entre ninguno de los momentos de evaluación (Dibujo 2).

Resultado de la prueba no paramétrica *Wilcoxon* de comparación de medias para la escala Funcionamiento Ocupacional del WHO-DAS (Dibujo 3). No se aprecian cambios a nivel significativo entre ninguno de los momentos de evaluación.

A continuación se presentan los resultados estadísticos para la escala de Funcionamiento Familiar (Dibujo 4)

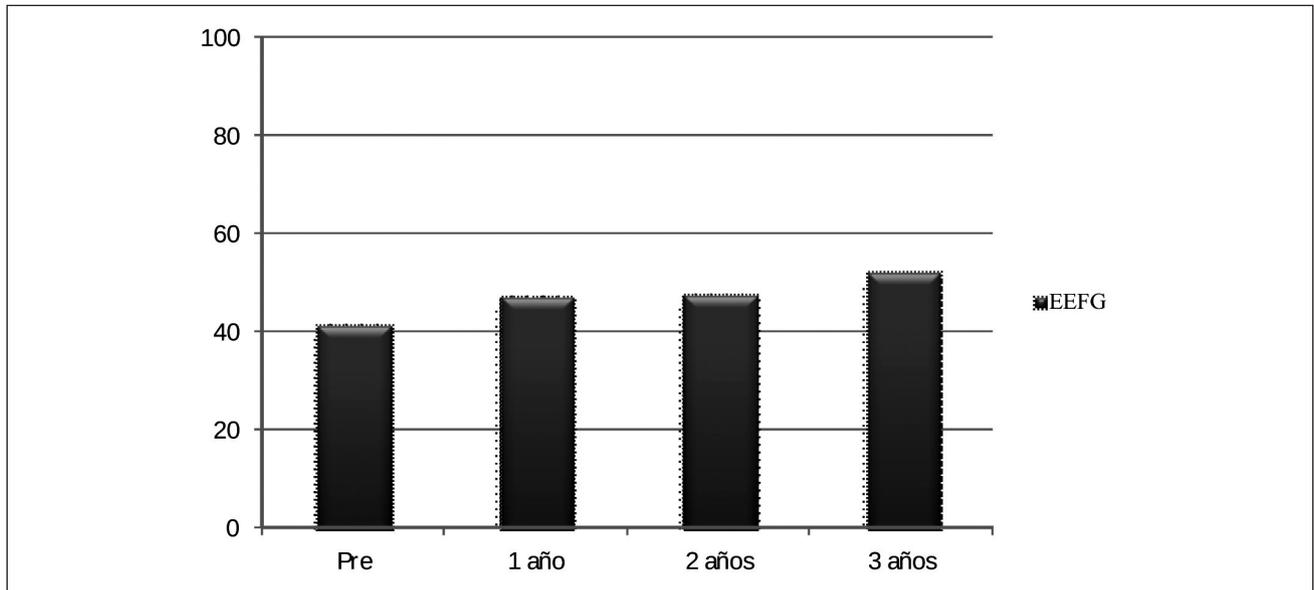
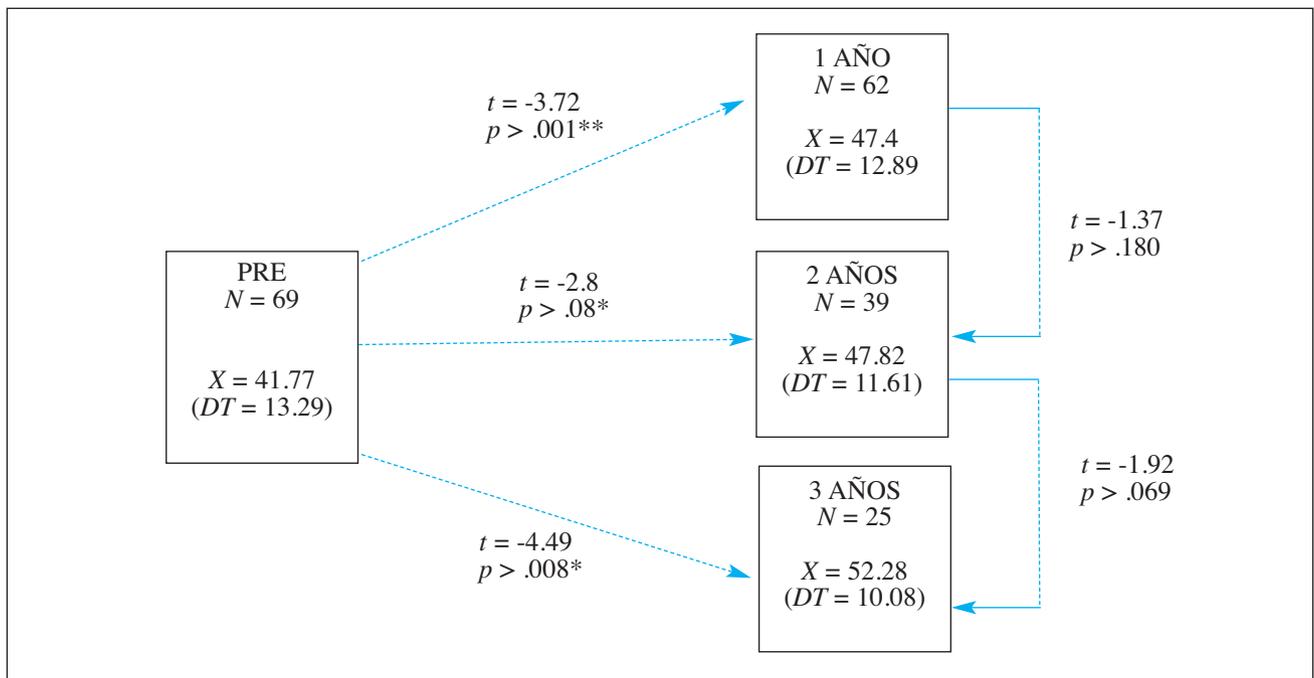


Gráfico 1.



Dibujó 1. Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG).

* $p < .05$ ** $p < .001$

de la escala WHO-DAS. No se aprecian cambios a nivel significativo entre ninguno de los momentos de evaluación.

Finalmente, se presentan los resultados estadísticos de la escala Funcionamiento Social, del cuestionario WHO-DAS (Dibujó 5). Se aprecia un cambio significativo entre el momento de evaluación (PRE) y la primera medida repetida (1 año). Este cambio no se ve mantenido en el resto de los momentos de evaluación, donde se observan cambios pequeños en las puntuaciones medias.

El número medio de días que los usuarios están ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) desde su inicio en el EASC, es presentado en el Gráfico 3.

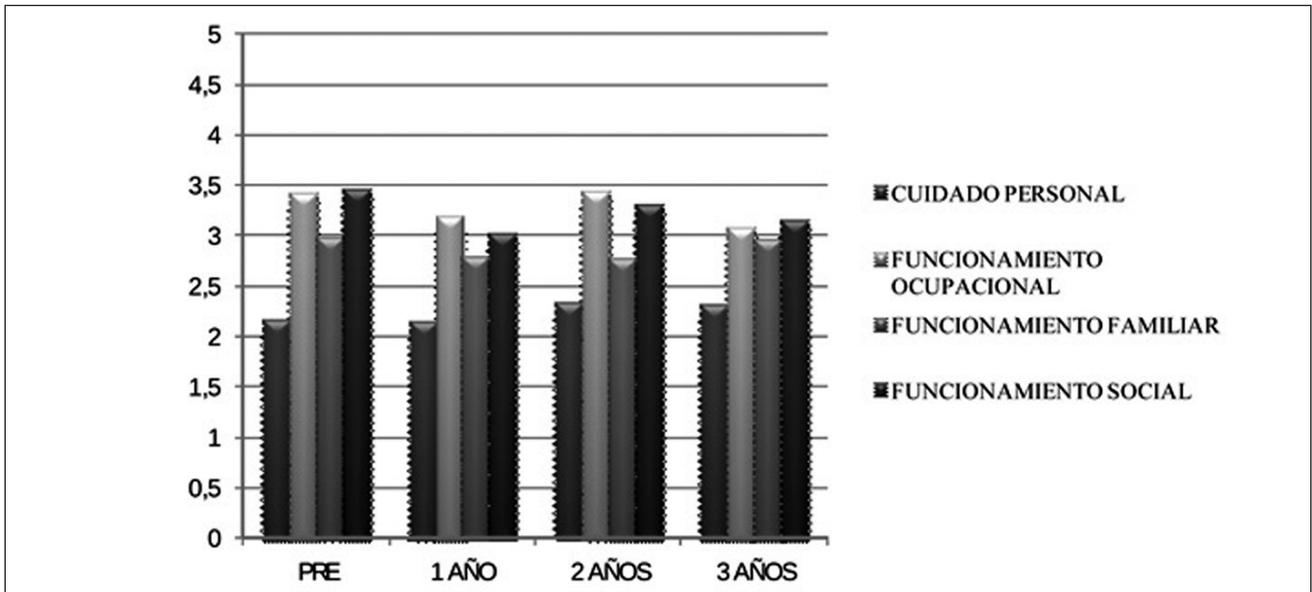
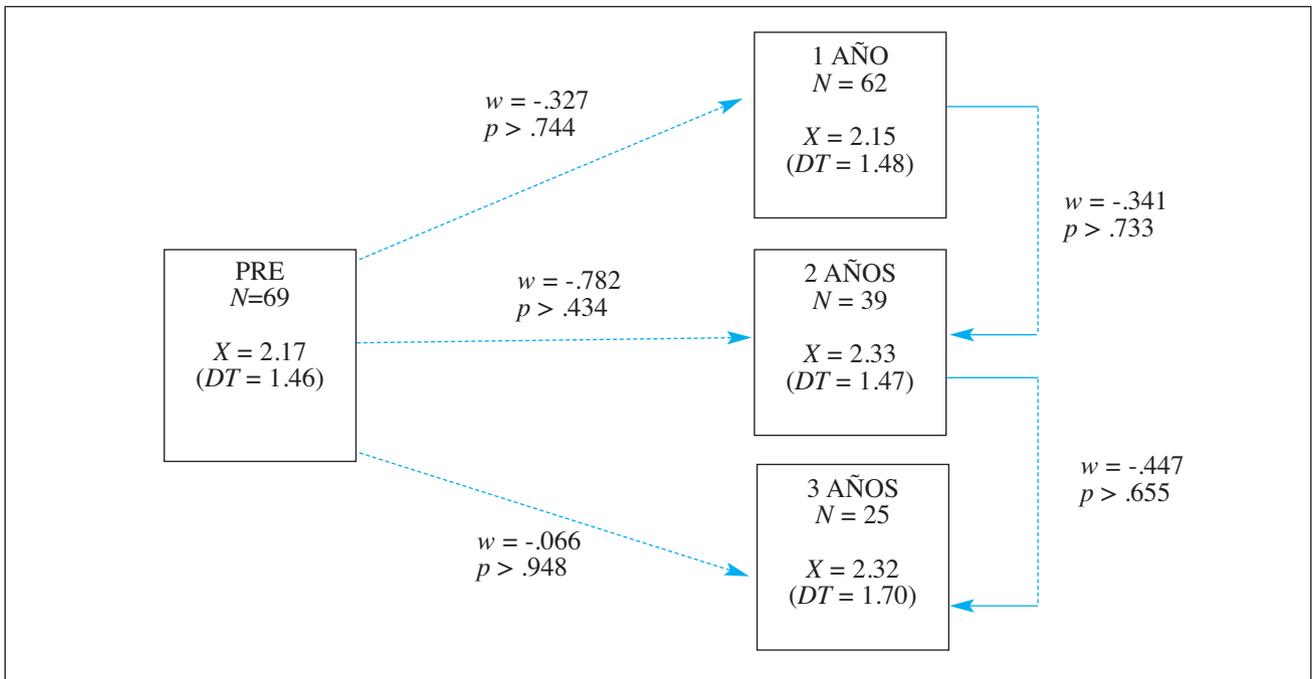


Gráfico 2.



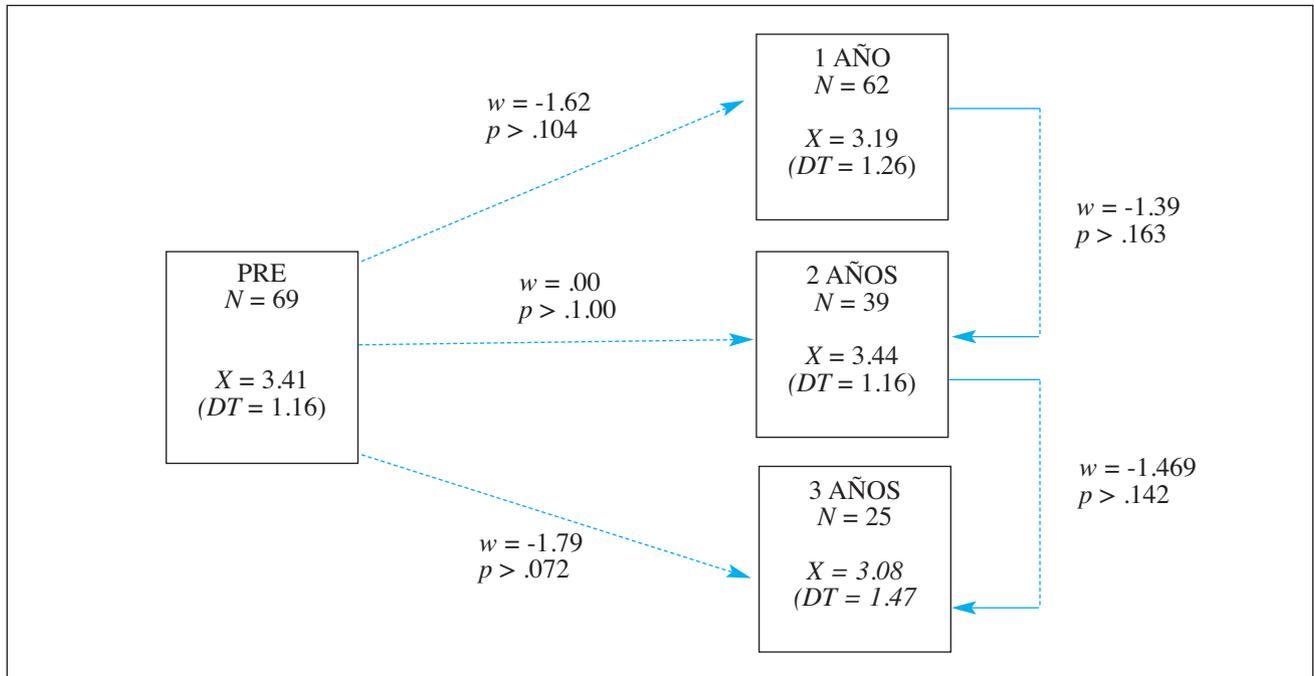
Dibujo 2. Escala de Cuidados Personales del WHO-DAS.

*p < .05 **p < .001

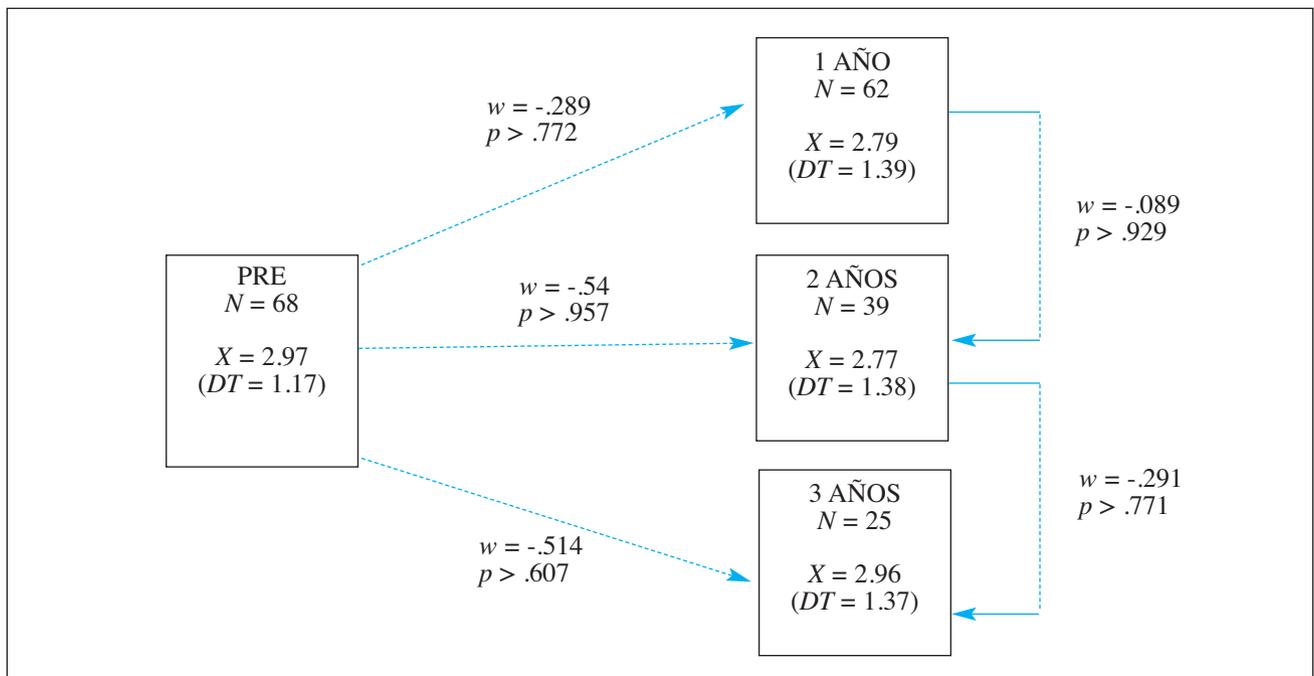
Se observa un cambio estadísticamente significativo con la prueba no paramétrica *Wilcoxon* (*w*) en la media de días que los usuarios están en la UHB entre el momento de evaluación PRE y los diferentes momentos de evaluación. Entre el primer año, el segundo y el tercero, se observa una reducción constante de días ingresado, pero no lo suficientemente grande como para considerarla significativa (Dibujo 6).

La media de recursos de rehabilitación en los cuales los usuarios participan de manera activa, combinando estos recursos con su trabajo con el EASC se presenta en el Gráfico 4.

Resultado del descenso de la media de recursos de la red de rehabilitación utilizados por los usuarios del EASC. Este descenso llega a tener un valor significativo entre la llegada al recurso y el tercer año (Dibujo 7).



Dibujo 3. Escala de Funcionamiento Ocupacional del WHO-DAS.

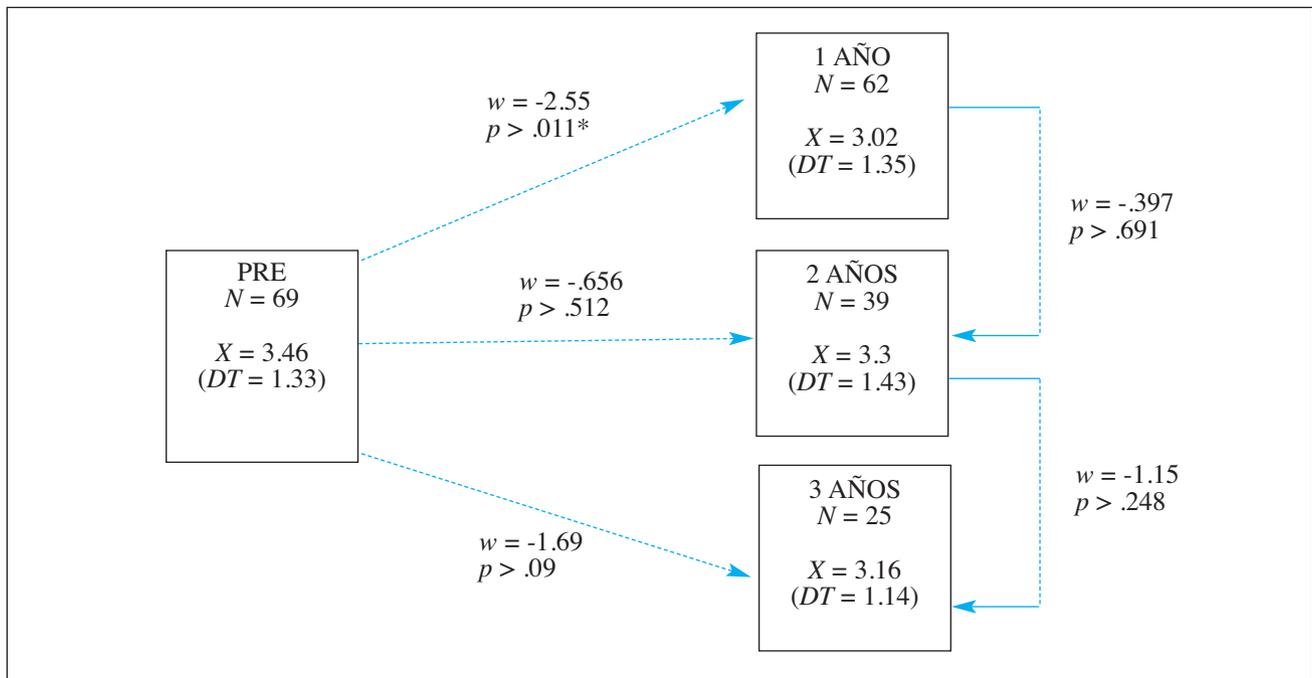
* $p < .05$ ** $p < .001$ 

Dibujo 4. Escala de Funcionamiento Familiar del WHO-DAS.

* $p < .05$ ** $p < .001$

La media de los recursos normalizados de la comunidad en los que participan los usuarios, es presentada en el Gráfico 5.

Ascenso en la media del uso de los recursos normalizados que ofrece el entorno por parte de los usuarios del EASC. Se observa un aumento progresivo con el paso de los años, la diferencia es significativa entre el año PRE y 1 año y PRE y el año 3 (Dibujo 8).



Dibujo 5. Escala de Funcionamiento Social del WHO-DAS.

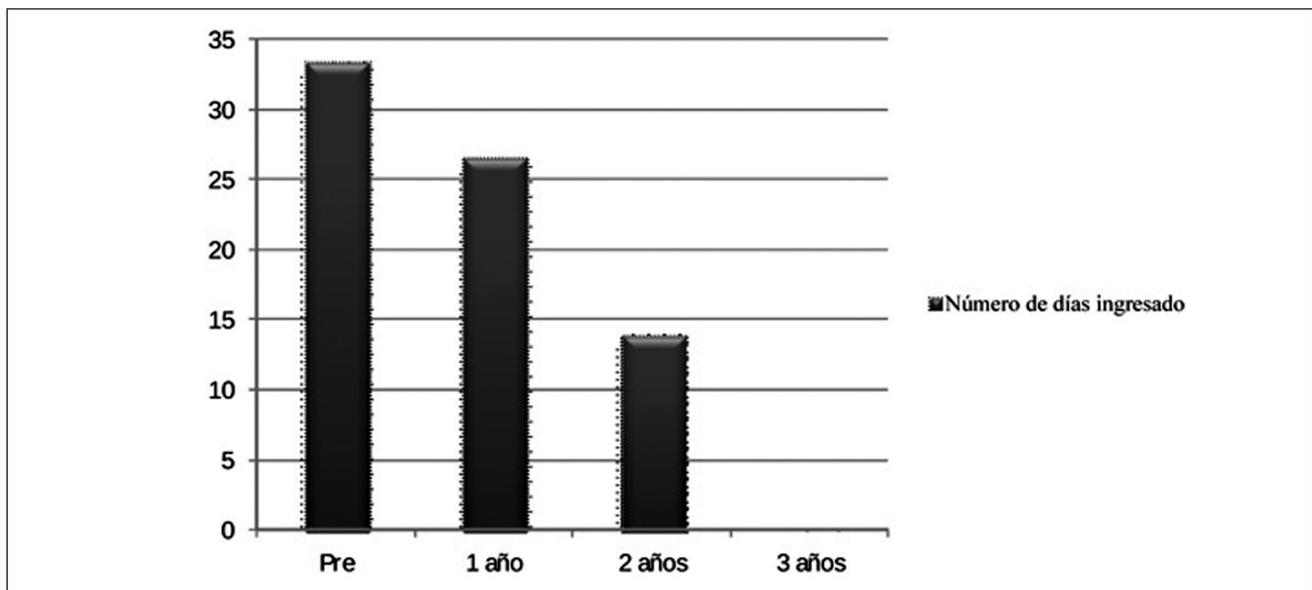
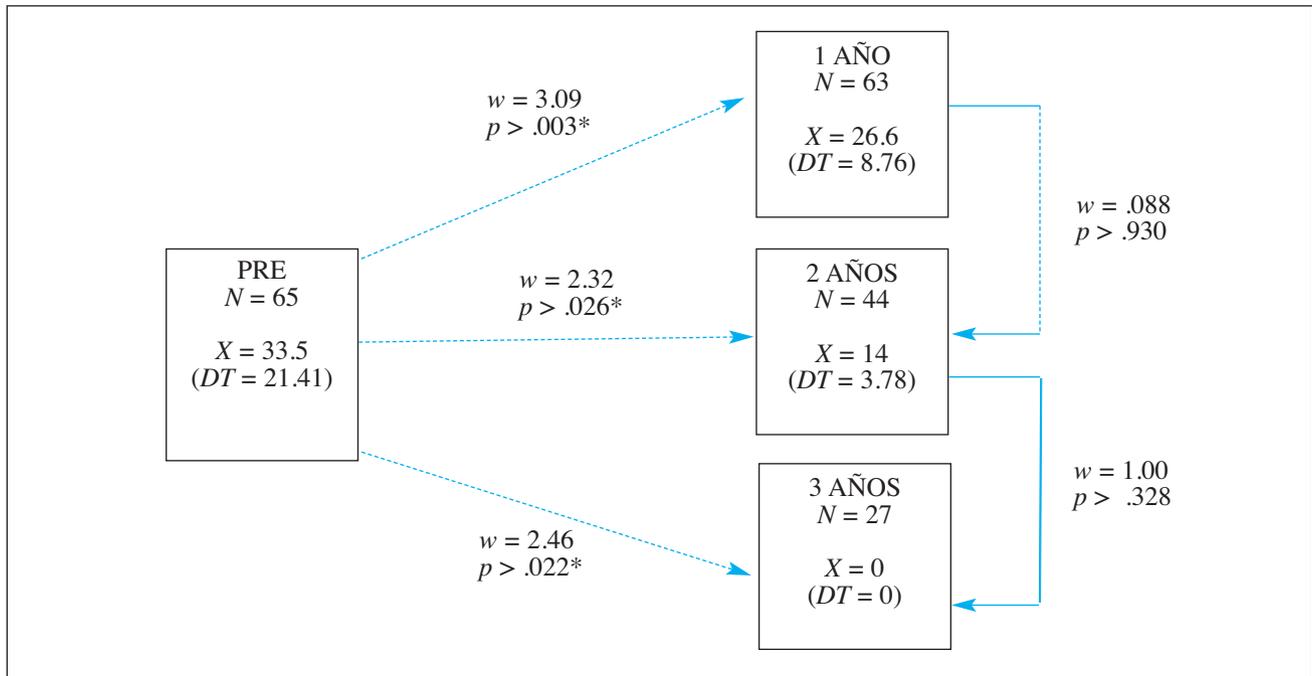
* $p < .05$ ** $p < .001$ 

Gráfico 3.

Variabes de calidad de vida

El nivel medio de calidad de vida percibido en los usuarios que participan en el un EASC, medido a través del Cuestionario de Calidad de Vida (Baker e Intagliata, 1982), y su evolución en los diferentes momento, se presenta en el Gráfico 6.

A continuación se presentan los resultados en la prueba *t de student* que indican el cambio producido por la intervención, comparando los diferentes momentos de evaluación (Dibujo 9).



Dibujo 6. Número de Días Ingresado en UHB.

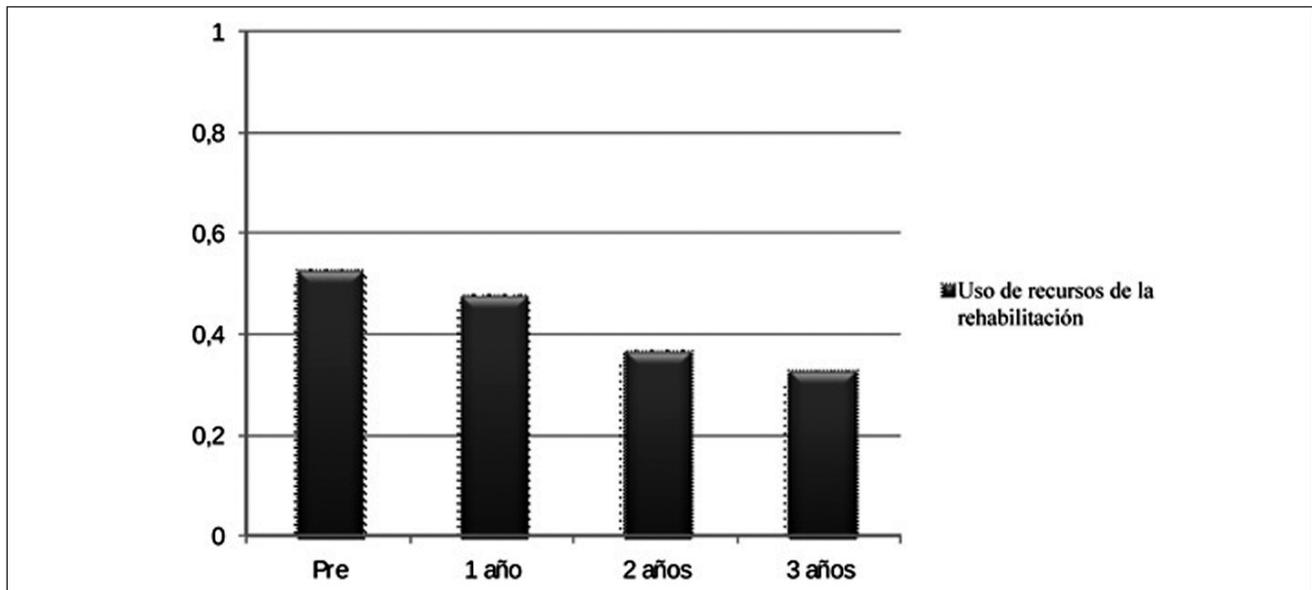
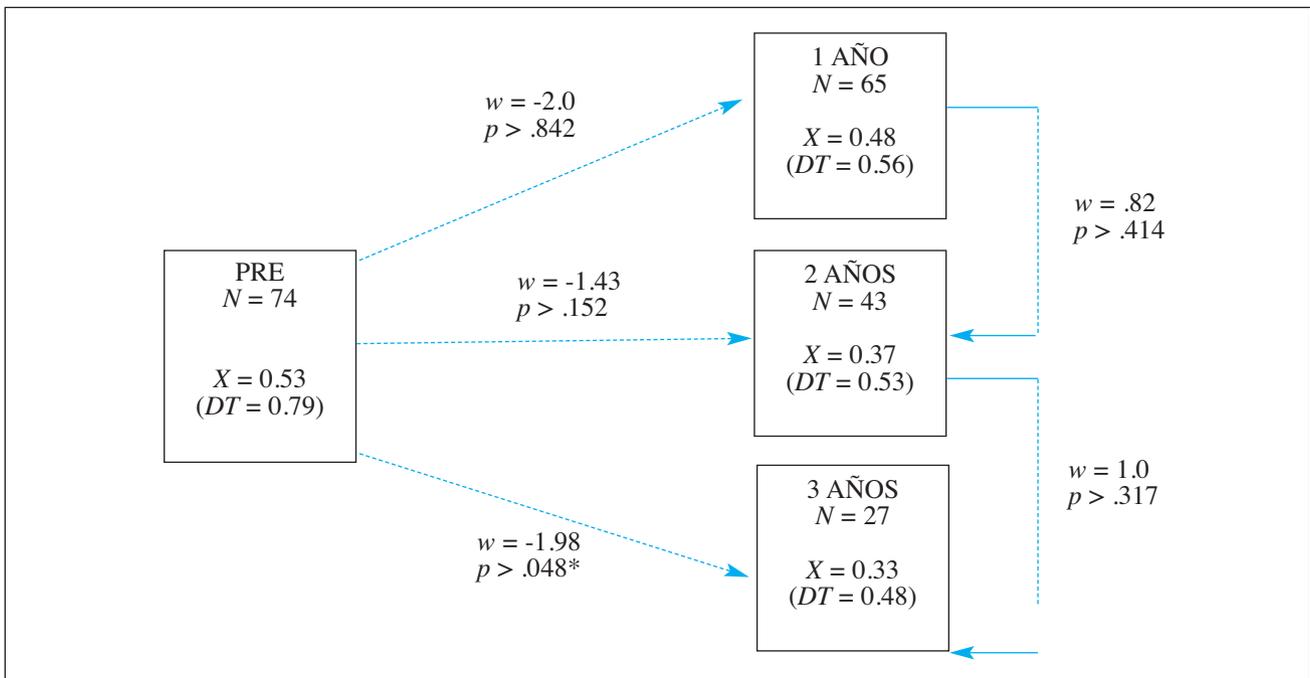
* $p < .05$ ** $p < .001$ 

Gráfico 4.

Se puede apreciar como el cambio es significativo entre los momentos PRE y 1 año, y entre el PRE y 2 años. Se observan cambios entre los momentos 1 año, 2 años y 3 años, pero éstos no llegan a ser significativos.

Variables de satisfacción con el recurso de rehabilitación

El nivel medio de satisfacción de los usuarios y de sus familias medido a través del Cuestionario de Satisfacción con el EASC para usuarios y familiares se presenta en el Gráfico 7.



Dibujo 7. Media de recursos de rehabilitación en los cuales los usuarios participan de manera activa.

* $p < .05$ ** $p < .001$

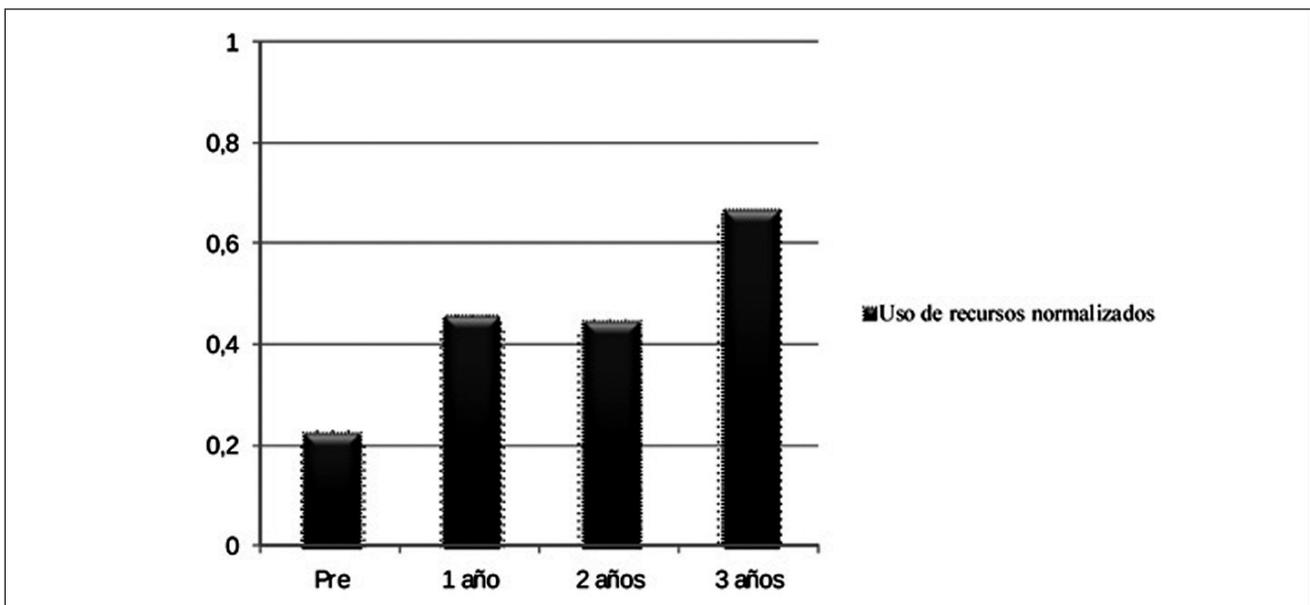
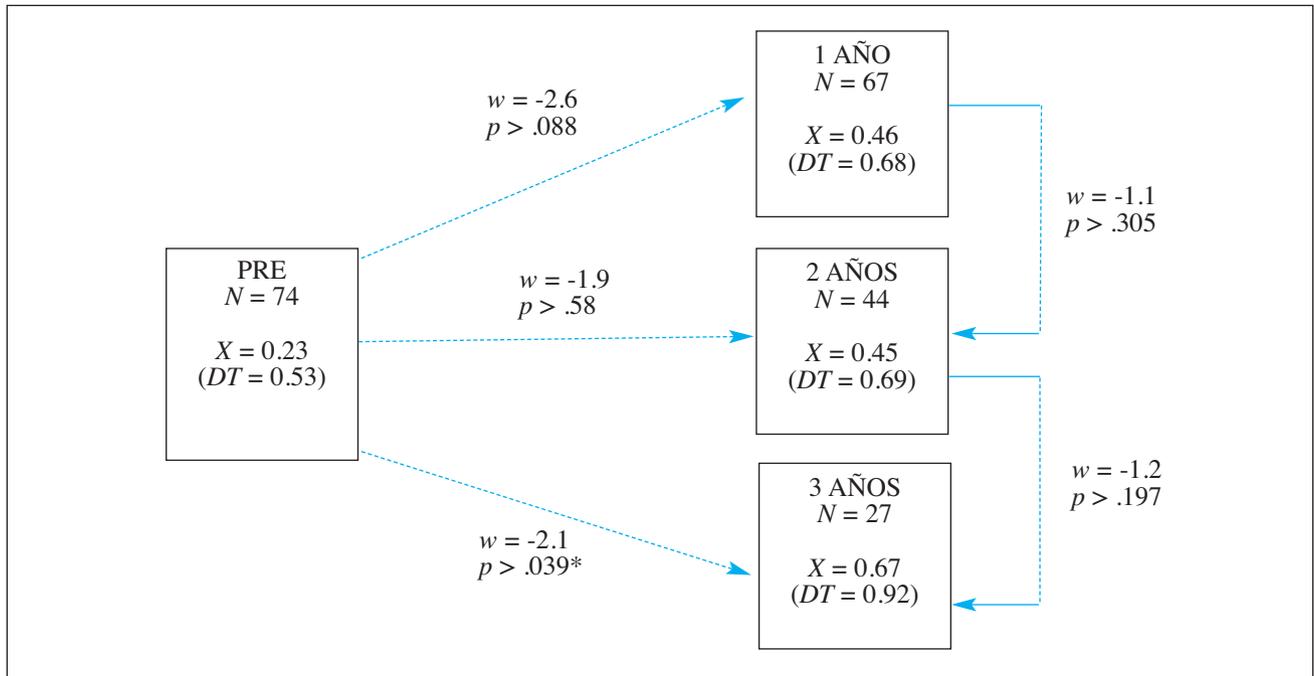


Gráfico 5.

Discusión

El perfil sociodemográfico y clínico con el que se trabajó en este estudio es de un varón (65.8%) con una media de edad de 44 años, que convive con familiares (55.3%), con unos ingresos medios mensuales de 596€, procedentes de una pensión no contributiva (27.6%). El diagnóstico predominante es de esquizofrenia (67.1%), sin un diagnóstico comórbido (70.7%) y una media de años de evolución de la enfermedad de 20, con



Dibujo 8. Media de recursos de normalizados en los cuales los usuarios participan de manera activa.

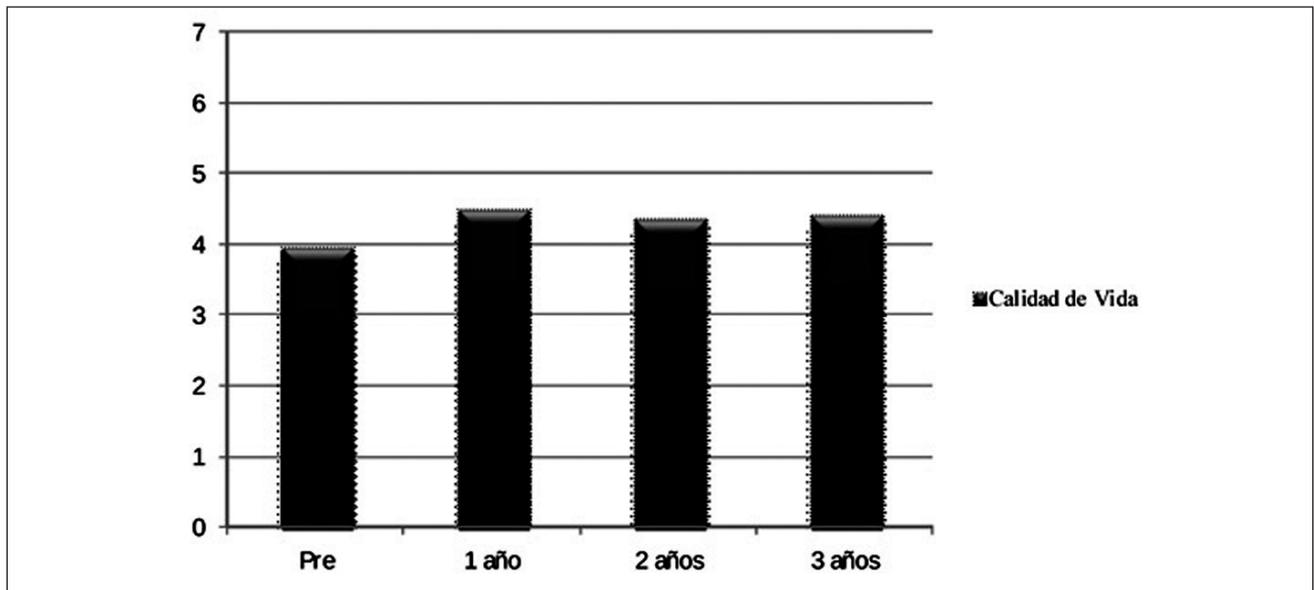
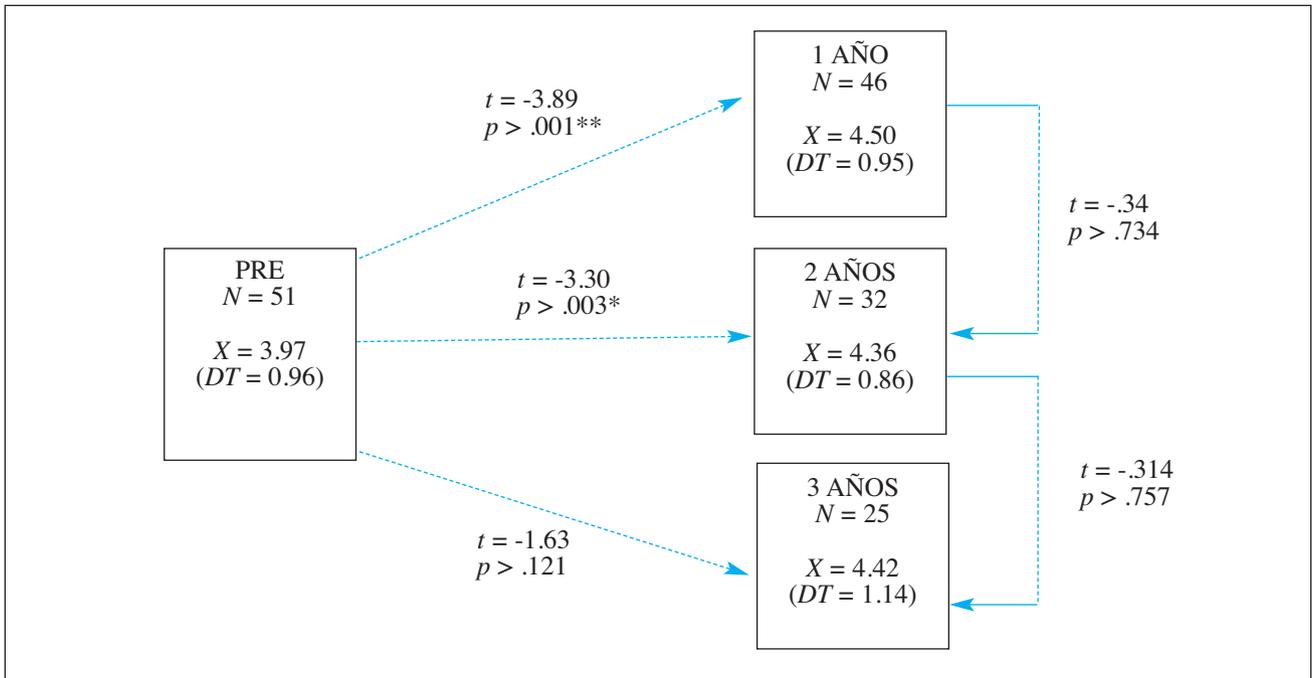
* $p < .05$ ** $p < .001$ 

Gráfico 6.

grandes posibilidades de tener enfermedades físicas asociadas (47.4%), para las cuales deben tomar algún medicamento, además del establecido por el facultativo de SSM (98.7%). Este perfil es similar a otros presentados en estudios de rehabilitación psicosocial (Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas, 2009; Navarro, 2012), así como a muestras de EASC descritas en otros trabajos como el de Subirats (2010) o Muñoz y Panadero (2009) en el Informe de Evaluación de los diferentes dispositivos del Plan de Atención Social de la Comunidad de Madrid.

En la primera de las variables utilizadas para la medición de la mejora psicosocial, la *Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG)* (Gráfico 1), encontramos cambios importantes y estadísticamente signifi-



Dibujo 9. Cuestionario de calidad de vida.

* $p < .05$ ** $p < .001$

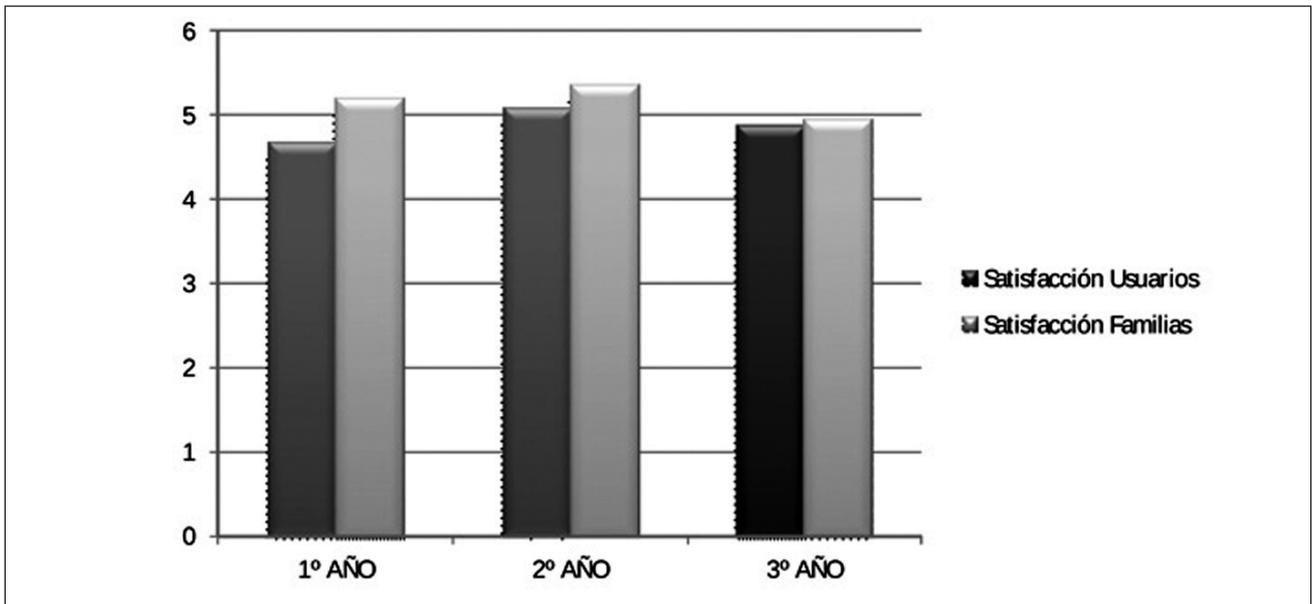


Gráfico 7.

cativos desde el momento PRE a los siguientes años de evaluación (Dibujo 1). Se aprecia un incremento medio en el funcionamiento psicosocial medido por esta escala de 6 puntos al primer año y al segundo, produciéndose un salto de rango (51-60), con un aumento de la puntuación media de 10 puntos al tercer año ($X = 52.28$), esto quiere decir que los síntomas que se producen en los usuarios son moderados y/o las dificultades en el ámbito escolar/laboral, familiar o social también son moderadas. Estos resultados son similares a los reportados por la revisión de Bond et al. (2001) donde se indicaba una mejoría de la sintomatología moderada en tratamientos comunitarios como el TAC.

Este resultado es considerado importante para la mejora de la calidad de vida de los usuarios y relevante para una buena adaptación e integración social, sin embargo, se considera que las características de la escala, muy ligada a una evaluación sintomatológica, impiden que las puntuaciones en ella sean superiores, no reflejando el cambio real de estos usuarios, los cuales, en muchos casos, debido a la propia enfermedad, presentan sintomatología frecuente, pero que saben afrontar y manejar adecuadamente, lo que reduce su interferencia.

En las diferentes subescalas de la *Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS)*, es decir; cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar, y funcionamiento social, no se aprecian cambios entre el momento PRE y los momentos posteriores de medida (ver Dibujos del 2 al 5). Estos datos no se corresponden con otros trabajos del ámbito de la rehabilitación psicosocial en el que sí se hallan diferencias estadísticamente significativas (Navarro et al., 2009). Se puede mencionar que se observa que ninguno de los usuarios con los que se trabaja ha necesitado de un *funcionamiento con ayuda* para poder mantenerse en su entorno. Asimismo, comentar que no se produce ningún tipo de retroceso en las áreas señaladas por los datos, es decir, mantienen un nivel de funcionamiento que denota inexistencia de deterioro con el paso del tiempo.

La explicación a este resultado puede estar en que es una escala que el profesional rellena teniendo en cuenta la evolución del usuario a lo largo de un año de trabajo con él, es posible que en el momento PRE, donde se rellena después de 45 días de evaluación, se produzca una sobreestimación de las capacidades de los usuarios en cada una de las subescalas, produciéndose un efecto techo, convirtiendo así la prueba en poco discriminativa. Podría ser recomendable esperar alguna semana más para rellenar el cuestionario WHO-DAS para que la valoración del funcionamiento del usuario en estas áreas que el profesional hace sea más ajustada a la realidad en la primera medida.

En cuanto a la variable *número de días ingresado en la UHB* (ver Gráfico 3), medida que ha sido utilizada en muchos estudios de eficacia en acercamientos comunitarios como el TAC (Durán, 2012; Ito et al., 2011; Stein y Test, 1980), se observa un descenso en la media de días ingresado significativo entre la evaluación PRE y las diferentes medidas (al año, 2 años y 3 años) (ver Dibujo 6). Estos resultados convergen con otros modelos de tratamiento comunitario (Stein y Test, 1980; Bond et al., 2001), algunos de los cuales informan de reducciones de hasta un 88.15% de días ingresados en los servicios de urgencias (Durán, 2012). En ocasiones esta variable no es un claro indicador de mejora, pues se dan circunstancias en las que el ingreso hospitalario es la mejor medida para una estabilización. En el presente estudio se aprecia una convergencia entre los datos, es decir, no solamente se produce una reducción significativa de la media de días ingresado, sino que también se da un descenso importante en el porcentaje de usuarios que ingresa (44.4% en el PRE, 13.2% al año, 6.7% a los 2 años y 0% en la tercera evaluación), un aumento progresivo en la calidad de vida, un aumento en la escala EEEFG, una mayor utilización de los recursos socio-comunitarios y una amplia satisfacción tanto familiar como personal. Sí sería interesante saber qué porcentaje de los usuarios que han tenido que hacer uso de la unidad de hospitalización breve lo han hecho de manera voluntaria. Aunque en este trabajo no se ha tomado una medida sistematizada de este dato, se puede comentar que el porcentaje de personas que han ingresado de manera involuntaria es muy bajo.

Como se comentaba en la introducción, tres de los grandes objetivos que se marca el EASC son: que el usuario sea capaz de mantenerse en su domicilio, evitando situaciones de institucionalización; que se integre en la comunidad; y que vincule con los recursos de salud mental. Con los resultados obtenidos en las variables de *uso de recursos de la red* y *uso de recursos normalizados de la comunidad* se alcanzan dos de los objetivos. El dato de que el 98.7% de los usuarios estén siguiendo el tratamiento psiquiátrico pautado por su facultativo de referencia, al menos desde el año previo a la derivación, viene a complementar el tercero.

Como se puede observar en el Gráfico 4, existe una evolución en cuanto al uso de recursos de la red de rehabilitación (PRE, 37.8%; 1 año, 44.6%; 2 años, 34.9; 3 años, 33.3%). Al primer año de estar en el EASC existe un incremento de personas que están de manera simultánea en otro recurso. Este dato se explica por la utilización de recursos residenciales, como las mini residencias, en el primero de los años de atención en el EASC.

Después de su paso por este recurso y la adquisición de las habilidades necesarias para mantenerse en su domicilio y entorno, la presencia del EASC es suficiente para generalizar estos aprendizajes y la estabilidad general, compaginando recursos de la red de rehabilitación solamente aquellos que más lo necesitan, donde el trabajo combinado es complementario. Además, estos datos convergen con los que arroja la variable *uso de recursos normalizados*, es decir, en la medida que la participación en actividades que ofrece el entorno aumenta (PRE, 18.9%; 1 año, 35.8%; 2 años, 36.4%; 3 años, 48.1%), se hace menos necesario el uso de recursos específicos de rehabilitación; de hecho el cambio entre el momento PRE y la evaluación al tercer año es significativa en las dos variables, una aumentando y otra descendiendo, respectivamente. Esto provocará que la persona se sienta mucho más participativa de su contexto próximo, además, tendrá implicaciones, que sería interesante medir, en el autoestigma y en el estigma social.

En cuanto a la calidad de vida percibida por el usuario, como se ve en el Gráfico 6 y Dibujo 9, hay un cambio significativo estadísticamente (excepto en el tercer año) con el paso del tiempo y el trabajo con el EASC. Se observa que se pasa de una media de 3.97 (*ni satisfecho ni insatisfecho*), produciendo un aplanamiento emocional ante las problemáticas derivadas de la enfermedad, a un 4.5 en el primer año, 4.36 en el segundo y 4.42 en el tercero, es decir, se pasa al siguiente rango (*algo satisfecho*), comenzando a disfrutar de diferentes áreas de su vida. Estos resultados eran esperables atendiendo al resto de los resultados en las variables anteriormente descritas. Se informa en otros trabajos que en la medida en la que no haya un deterioro grande en áreas como la familiar, la ocupacional y la social, áreas todas en las que el EASC desarrolla su actividad, la calidad de vida aumenta (Malla et al., 2006; y Navarro et al., 2009). Además, se prevé que haya una mejora de la percepción vital en diferentes áreas debido a la periodicidad de las intervenciones, con un promedio de, aproximadamente, 71 visitas al año, es decir, más de una a la semana. Esta frecuencia puede haber repercutido en una mayor sensación de apoyo social y disminución de la exclusión social.

También se tuvieron en cuenta los niveles de satisfacción, tanto de los propios usuarios con el trabajo de los EASC, como de sus familiares. Para medir la satisfacción se entrega anualmente un cuestionario elaborado por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (adaptación de López, 1994), en los cuales, en una escala Likert de 1 a 6, usuarios y familiares valoran su satisfacción con diferentes áreas de la intervención del EASC. Como se puede observar en el Gráfico 7, la satisfacción con el recurso, tanto en usuarios como en familiares, se mantiene en niveles elevados (alrededor de una nota media de "*bastante satisfecho*") a lo largo de los tres años de servicio de los EASCs de Fuencarral y de Tetuán. Esto se explica por las propias características de los equipos, que son percibidos como muy cercanos, al desarrollar su trabajo en el domicilio y entorno, tanto con las familias como con los propios usuarios. Esta percepción aumenta la sensación de apoyo profesional, que a menudo necesitan los afectados y sus familiares. El número de intervenciones con usuarios y familiares registrados en los Tablas 4, 5 y 6, reflejan lo comentado.

Es importante que los familiares estén satisfechos con este tipo de acercamientos ya que la mayoría de los usuarios convive con ellos (55.3%). Este nivel de satisfacción guardará relación con un descenso en la sobrecarga del cuidador, que al ver que su allegado participa más de las diferentes demandas domiciliarias y del entorno, cambiará sus expectativas y le permitirá adoptar un nuevo *rol* dentro del núcleo familiar.

Este dato de satisfacción alta concuerda con otros estudios en los que también se muestra una preferencia de los usuarios (Killaspy et al., 2008; Ito et al., 2011) y de las familias (Test y Stein, 1980) por los tratamientos desarrollados en la comunidad.

Esta nota, aparte de marcar el nivel de satisfacción, se considera que refleja la valoración, por parte de las diferentes partes, de una consecución de los objetivos y un mantenimiento de los mismos, indicando una opinión de efectividad del trabajo realizado por el recurso de rehabilitación.

Finalmente, a tenor de los resultados obtenidos, parece que este abordaje terapéutico puede llegar a ser eficiente también. El descenso en el número de días ingresado en un hospital, así como el aumento de la participación del usuario en la sociedad, incluso laboralmente (2.6% de los usuarios gana su sueldo exclusivamente del trabajo), hacen que los costos para el sistema financiero social y sanitarios se vean reducidos. El tratamien-

to asertivo comunitario, que comparte con el EASC la filosofía de trabajo comunitario, sí ha encontrado resultados de eficiencia (Bond et al., 2001; Weisbrod et al., 1980). Sería interesante saber además el ahorro en el consumo de medicamentos, pues se tiene la apreciación que a lo largo de los años de trabajo con el EASC descendiendo la prescripción de psicofármacos, lo que implica un ahorro directo tanto para el sistema sanitario como para el usuario.

Entonces, atendiéndonos a la definición de Rodríguez (1997, p. 456) sobre rehabilitación psicosocial:

Proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidad psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible.

Y a los resultados en este trabajo, podemos concluir que el trabajo de los Equipos de Apoyo Social Comunitario, en estrecha coordinación con los Centros de Salud Mental, con una media de 152 coordinaciones en el año 2012, cumplen los objetivos propuestos para los procesos de rehabilitación, haciendo las intervenciones más completas y efectivas tanto a corto, como a medio y largo plazo.

Estudios en los que se profundice en la efectividad de los tratamientos se hacen necesarios debido al derecho de los usuarios a recibir la mejor terapia posible. Además, teniendo en cuenta que los trastornos mentales graves tienen una prevalencia de 2.5-3% de la población adulta (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006) este tipo de acercamientos efectivos pueden llegar a ser útiles para una parte muy importante de personas que sufren de problemas de salud mental.

Aunque el producto de este estudio es evidente, el trabajo de los Equipos de Apoyo Social Comunitario se muestra efectivo a la hora de que un usuario mejore su funcionamiento psicosocial, las conclusiones de este estudio pueden verse amenazadas por limitaciones como el número de usuarios con los que se ha contado, así como que éstos están ubicados solamente en dos de los distritos de Madrid, esto merma la generalización de los resultados. Asimismo, el propio diseño del estudio, retrospectivo y cuasi-experimental, no permite una selección y control previa de las variables, además de una pérdida de información en la codificación, trabajando con lo que ya se cuenta. Además, el hecho de ser un estudio de efectividad hace que no se puedan controlar todas las variables que puedan estar influyendo en la mejora de los usuarios, perdiendo en validez interna, y aumentando la validez externa. Sin embargo, todo trabajo es limitado, y en éste se han representado las variables que han sido consideradas de máximo interés, abriendo un camino que está por recorrer.

Este estudio abre una nueva línea de investigación en el campo de la Psicología Aplicada y la Rehabilitación Psicosocial, pues supone iniciar un proceso de evaluación de la efectividad de recursos de atención social. Futuros trabajos deberán continuar este trayecto considerando otras variables, como la eficiencia de este tipo de intervención, el establecimiento de un vínculo como predictor de éxito o el aumento del apoyo social percibido.

Referencias

- Acevedo, C. y de la Hoz, G. (2013). Abordaje de un caso de esquizofrenia paranoide desde el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) "Ciudad Lineal". *Clínica Contemporánea*, 4(1), 65-76.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición, texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2010). *Código ético de la Asociación de Psicología Americana (Ethical Principles of psychologists and code of conduct)*. Recuperado el 2 de noviembre de 2012 de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>

- Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T. y Latimer, E. (2001). Assertive Community treatment for people with severe mental illness. *Disease Manage and Health Outcomes*, 9 (3), 141-159.
- Bond, R.G. (2002). *Assertive community treatment for people with severe mental illness*. Recuperado de www.bhrm.org/guidelines/ACTguide.pdf
- Chávez, A. (2011). *Acompañamiento Terapéutico en España*. En A. Chávez (coord.). Una manera de estar en el mundo. Entre teorías y métodos. Madrid: Ciclo Grupo5 SLU.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1993). Código Deontológico del Psicólogo. Recuperado de <http://www.cop.es/cop/codigo.html>
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Torrey, W. C., Miller, A. F., Lehman, A., Bond, G. R., ... Leff, H. S. (2000). Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Report*, 2, 393-397.
- Durán, A. (2012). *Componentes estructurales de un ETAC: del espacio físico a los recursos humanos*. Ponencia presentada en el IV Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Farkas, M. (2007). La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 5(2), 68-74.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: AEN Estudios.
- Gold, P. B., Meisler, N., Santos, A.B., Keleher, J., Becker, D. R., Knoedler, H. W., ... Stormer, G. (2003). The program of assertive community treatment: implementation and dissemination of an evidence-based model of community-based care for persons with severe and persistent mental illness. *Cognitive and Behavioral Practices*, 10, 290-303.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 9-16.
- Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., Sono, T., Suzuki, Y., Horiuchi, K., Niekawa, N., Ogawa, M., Setoya, Y., Hisanaga, F., Kouda, M. y Tsukada, K. (2011). The effect of assertive community treatment in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 398-401.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizar, R., Johnson, S., Nolan, F., Phillip, S. y King, M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *British Medical Journal*, 1-6.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 174, 346-352.
- López, A. E. (1994). *Valoración de los efectos de la rehabilitación psicosocial* (tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga.
- Malla, A., William, R., Kopala, L., Smith, G., Talling, D. y Balshaw, R. (2006). Outcome in quality of live in a Canadian national sample of patients with schizophrenia and related psychotic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(430), 72-77.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Autor.
- Muñoz, M. y Panadero, S. (2009). Red de recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Informe de evaluación correspondiente al año 2009. Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Navarro, D. (2011). Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Problemas, soluciones y metaperspectivas. *Clínica Contemporánea*, 2, 229-247.

- Navarro, D. (2012). Experiencia en redes de atención. La experiencia de rehabilitación de Castilla-La Mancha. *Informaciones Psiquiátricas*, 201, 301-328.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas A. (2009). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17, 321-336.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Trastornos mentales y del comportamiento: versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor, D.L.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., ... McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónico*. Madrid. Pirámide.
- Rossi, G. (2011). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Saiz, J. y Chévez, A. (2009). La intervención Socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervenciones psicosociales*, 1, 75-88.
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer realidad la recuperación*. Edición en castellano. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud.
- Stein, L., Test, M. y Marx, A. (1975). Alternative to the hospital: A controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 517-522.
- Stein, L. y Test, M. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Stein, L. I., Barry, K. L., Van Dien, G., Hollingsworth, E. J. y Sweeney, J. K. (1999). Work and social support: a comparison of consumers who have achieved stability in ACT and clubhouse programs. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 193-204.
- Subdirección general de asistencia técnica y coordinación de planes para personas con discapacidad. (2003). Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007). Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Madrid: Autor.
- Subdirección general de asistencia técnica y coordinación de planes para personas con discapacidad. (2005). Diseño de equipos de apoyo social comunitario (EASC). Definición, Objetivos, Actividades y Organización. Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007). Madrid: Autor.
- Subirats, D. (2010). Descripción de equipo de apoyo social comunitario. Experiencia del equipo de apoyo social comunitario Alcobendas (EASC Alcobendas) en el distrito de Alcobendas. Área 5 de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. *Trabajo social y salud*, 65, 107-124.
- Test, M. A. y Stein, L. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives General Psychiatry*, 37, 409-412.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A. y Stein, L. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives General Psychiatry*, 37, 400-405.

Manuscrito recibido: 17/07/2013

Revisión recibida: 19/03/2014

Manuscrito aceptado: 26/03/2014