



Capítulo 67/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Trabajamos para su tranquilidad...

Psiquiatría comunitaria

B.J. Beck, MSN, MD

PUNTOS CLAVE

Contexto

- Los cuatro principios de la salud mental comunitaria son la responsabilidad ante la población, la prevención, la atención de base comunitaria con participación de los ciudadanos y la continuidad de los cuidados.

Historia

- La psiquiatría comunitaria, la «tercera revolución psiquiátrica», tiene una historia que oscila entre el reformismo y la dejadez.
- Los tres pilares principales de la psiquiatría comunitaria proceden de la experiencia militar de la Segunda Guerra Mundial: inmediatez, proximidad y expectativas.
- El sistema asistencial inclusivo y perfectamente integrado que contemplaban las leyes sobre centros de salud mental comunitaria de los años sesenta nunca se hizo realidad.

Retos para la investigación y la clínica

- El reto histórico a que se enfrentan la investigación y la atención clínica comunitaria reside en la necesidad de actuar con mínimos recursos como un nexo de unión entre múltiples centros, proveedores, prestatarios de los servicios y sistemas de cuidados discontinuos.
- La principal dificultad que aún persiste se refiere a cómo influir en las decisiones administrativas y legislativas con el fin de proporcionar incentivos y una financiación adecuada para una atención comunitaria innovadora, integradora y colaborativa.

Apuntes prácticos

- El sistema actual, muy fragmentado, exige grandes dosis de creatividad para cubrir las necesidades de los pacientes allí donde se encuentren, ayudar a los más vulnerables a acceder a los servicios y reducir al mínimo la tendencia a las «puertas giratorias» en los ingresos en los hospitales.

Perspectiva general

Para entender la evolución del complejo entramado de servicios discontinuos que se acumulan hoy en día en el apartado de la «psiquiatría comunitaria» se necesita un amplio contexto histórico. Este sistema sociopolítico, la tercera revolución psiquiátrica (las dos primeras fueron el tratamiento moral y el psicoanálisis), ha seguido de modo variopinto las doctrinas de la salud pública, la medicina preventiva, la asistencia a las poblaciones y el activismo social. En EE. UU., la historia de la psiquiatría comunitaria es un relato de financiación menguante y cambios en las prioridades (p. ej., salud mental para todos o recursos concentrados en los más enfermos; mantener a los pacientes en la comunidad o apartarlos y aislarlos en centros especiales), al compás de las fases de indignación pública y reformas impulsadas por los activistas y de las reacciones posteriores de dejadez y abandono. Ante el grado y la velocidad de los cambios experimentados en los recursos y los mandatos, la supervivencia de la psiquiatría comunitaria ha exigido un esfuerzo creativo sostenido y sin precedentes.

Términos y definiciones

En el contexto de esta evolución, para valorar la psiquiatría comunitaria es necesario un conocimiento práctico de los términos comunes que manejan disciplinas tan diversas como la higiene pública y la asistencia administrada. En los distintos ámbitos relacionados, aunque no equivalentes, existen sutiles

diferencias en los conceptos, lo cual ilustra la ausencia de una teoría y una práctica cohesionadas. Las políticas y principios formativos de salud pública y social han desempeñado también un papel importante. Los desarrollos de la supervisión económica, política y sistémica están aún orientados hacia la articulación y la práctica futura de la psiquiatría comunitaria. Más allá de la terminología clínica, todos estos factores cuentan con un léxico propio.

Campos relacionados

Existen varios términos, tal vez confusos, que se usan indistintamente (y de manera imprecisa) como sinónimos de *psiquiatría comunitaria* (p. ej., *psiquiatría social*, *salud mental comunitaria* [SMC], *psiquiatría pública* y *psiquiatría poblacional*). La teoría de la psiquiatría social pone el acento en los aspectos socioculturales de los trastornos mentales y de sus tratamientos. Las investigaciones de las que se nutre esta teoría contemplan la psiquiatría y los rasgos psicológicos como variables que permiten predecir, describir y mediar en la expresión de los problemas sociales. La psiquiatría comunitaria es una aplicación clínica de esta teoría cuyo cometido es el desarrollo de un sistema asistencial óptimo para una población dada con recursos limitados. Claramente, la consecución de esta meta obliga a trabajar con distintas personas, grupos y sistemas para encontrar acuerdos (sobre el terreno y prolongados en el tiempo) y definir puntos en común sobre los aspectos importantes, los límites, los servicios fundamentales y los principios que orientan la psiquiatría comunitaria.² No obstante, las siguientes definiciones tomadas de citas literales resaltan la falta de consenso en torno a la cuestión:

«... el cuerpo de conocimientos, teorías, métodos y capacidades en la investigación y el servicio requeridos por los psiquiatras que participan en los programas comunitarios organizados para la promoción de la salud mental y la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales en una población.»³

«... orientada a la detección, la prevención, el tratamiento temprano y la rehabilitación de los trastornos emocionales y la desviación social cuando aparecen en la comunidad y no cuando se encuentran en las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas.»⁴

«... área subespecializada en la que los psiquiatras suministran servicios de salud mental a poblaciones definidas por un lugar de trabajo, una actividad o un ámbito geográfico de residencia común.»⁵

«... responsable del tratamiento extenso de los enfermos mentales graves en la comunidad en su conjunto. Todos los aspectos de la atención –desde el ingreso hospitalario, la gestión de casos y la intervención ante las crisis al tratamiento cotidiano y las medidas de apoyo para el funcionamiento vital– están incluidos.»⁶

La SMC, según se define en las Community Mental Health Center (CMHC) Acts de 1963 (ley pública 88-164) y 1965 (ley pública 89-105), se entiende como un enfoque incluyente, multidisciplinario y sistémico dirigido a garantizar la financiación pública de los servicios de salud mental suministrados para todos los que lo necesiten entre los residentes en un ámbito geográfico dado (el área de captación), con independencia de su capacidad para pagar el servicio. El término *captación* (del inglés *catchment* y tomado de la ingeniería de obras públicas: depósito en el que se vierten las aguas residuales de un área determinada) se aplica a una zona de servicio de la SMC con una población de 75.000 a 200.000 personas.² La psiquiatría pública, un sistema de financiación gubernamental para pacientes en el ámbito

hospitalario o ambulatorio, también se concibió en un principio de manera que cubriera las necesidades de todos los afectados, pero estrechó después su foco para centrarse en los enfermos mentales graves que no pueden acceder a los servicios idóneos del sector «privado» (p. ej., pago por producto o a través de la aseguradora de terceros). La tendencia a la privatización de los servicios públicos (una apuesta por el sector privado con supervisión de las instituciones gubernamentales) amenaza con acentuar la confusión en torno a las definiciones de base y con difuminar la diferencia entre lo público y lo privado. En la psiquiatría de poblaciones, estas pueden definirse por la geografía o mediante otros muchos atributos (p. ej., pagadores, empleadores, corporaciones o sistema asistencial). Con independencia de cómo se defina, el sistema (p. ej., una organización de mantenimiento de la salud [HMO, *health maintenance organization*]) es responsable ante todos y cada uno de los miembros que busquen tratamiento.

Términos de salud pública y social

Se llamó desinstitutionalización a una tendencia sociopolítica y económica dirigida a dar de alta a los pacientes psiquiátricos internados en centros hospitalarios de larga duración para que vivieran en la comunidad y recibieran allí los servicios. Por tanto, habría sido más apropiado hablar de *deshospitalización* (o *transinstitutionalismo*), ya que el cambio consistió sencillamente en atender a los pacientes en instituciones no hospitalarias. No obstante, esta tendencia se hizo evidente mucho antes de que el término (y otros relacionados, como *política* o *movimiento*) llegara siquiera a aparecer en la bibliografía psiquiátrica, lo cual parece apuntar a una convergencia entre múltiples factores desencadenantes, pero no a una orientación formal, intencionada o impulsora en su origen.

El modelo de salud pública describe tres niveles de prevención.² La atención primaria está relacionada con medidas que se dirigen a reducir los rebotes (incidencias) de las enfermedades (p. ej., erradicación del agente causante, reducción de los factores de riesgo, mejora de la resistencia del hospedador e intervención sobre las vías de transmisión). Estas medidas, enormemente eficaces en el ámbito de las enfermedades infecciosas, las intoxicaciones, los estados carenciales y las dolencias crónicas inducidas por hábitos nocivos (p. ej., enfermedades pulmonares y cardíacas), no lo son tanto en el dominio de la psiquiatría, en el que el resultado de la no intervención es menos predecible. Aun así, como posibles programas y actividades clínicas de prevención primaria se han instituido planes de orientación anticipadora (p. ej., para padres con niños pequeños), de enriquecimiento y elaboración de competencias (p. ej., Head Start, Outward Bound), de apoyo social o autoayuda para personas en riesgo (p. ej., grupos para superar el duelo) y de intervención precoz o en momentos de crisis después de un episodio traumático (p. ej., asesoramiento sobre el terreno a estudiantes tras el suicidio de un compañero de clase). La prevención secundaria tiene que ver con medidas encaminadas a reducir el número de casos de enfermedad en una población y en un instante temporal dado (prevalencia) mediante el descubrimiento temprano (búsqueda de casos) y el tratamiento a tiempo para abreviar el curso del problema y minimizar las discapacidades derivadas. Una campaña educativa con acciones de cribado para la depresión posparto sería un ejemplo psiquiátrico de prevención secundaria. Por su parte, la prevención terciaria se refiere a las medidas que persiguen reducir la prevalencia y la gravedad de defectos o discapacidades residuales relacionados con una enfermedad. Dada la estrecha relación entre el funcionamiento óptimo en el contexto de las enfermedades psiquiátricas graves y la observancia del tratamiento, entre los ejemplos de prevención terciaria en psiquiatría se incluirían la gestión de casos y otras medidas que promueven una asistencia y un tratamiento continuos.

Los gestores de casos (por lo común, trabajadores sociales o profesionales de salud mental) ayudan al paciente en su tránsito por un sistema fragmentado y complejo de entidades, proveedores y servicios diversos, con el propósito de garantizar la continuidad y la coordinación de la asistencia por medio de una mejor comunicación entre los distintos actores.³ Obviamente, los pacientes con necesidades más numerosas y complejas requieren una gestión más intensiva. Cuanto mayor es la intensidad de las necesidades de gestión, menos son los casos que un gestor puede manejar de manera adecuada.⁴ El gestor de casos es el miembro del equipo terapéutico que sigue al paciente a través de todos los niveles asistenciales (p. ej., estancia hospitalaria, cuidados posteriores, situación en una residencia), los tipos (p. ej.,

salud mental, consumo de drogas, salud física) y los organismos o servicios (p. ej., alojamiento, programas de bienestar, ayudas públicas).

Términos de la asistencia administrada

Con una base de conceptos diferente a la gestión asistencial, la asistencia administrada, ideada principalmente como una estrategia para contener costes, gestiona los pagos de los servicios asistenciales de una población mediante un seguimiento de los distintos servicios asignados a sus miembros. Antes de recibir la autorización, para administrar los gastos de la atención sanitaria se aplican estrategias como la derivación a especialistas de los proveedores de atención primaria (PAP; un sistema de control) y la revisión (o utilización) concurrente. Estas estrategias son reconocidas cada vez más como vehículos que permiten coordinar la asistencia, recabar pruebas para definir las mejores prácticas, fomentar el desarrollo de niveles de atención alternativos y llevar un seguimiento de los resultados terapéuticos. Han proliferado las organizaciones de asistencia administrada (OAA) que proporcionan este servicio a las aseguradoras públicas y privadas. Los contratos entre las aseguradoras y estas organizaciones pueden contemplar penalizaciones si se exceden los incentivos presupuestarios o financieros del servicio dentro de un presupuesto fijo. Los costes de la atención sanitaria preocupan desde hace tiempo a los proveedores y receptores de estos cuidados, pero la asistencia administrada ha impuesto dentro de la relación médico-paciente la preponderancia de los intereses de los pagadores. Aunque los críticos opinan que esta evolución ha afectado negativamente al proceso terapéutico, sus defensores creen que fomenta la transparencia, la normalización y los cuidados basados en evidencias (y posiblemente ha allanado el camino para otras iniciativas de pago por rendimiento [P4P, *pay-for-performance*]¹²).

Las HMO, una modalidad de OAA, suelen firmar contratos por servicios globales de atención sanitaria para una población específica mediante el pago al proveedor de una cantidad basada en una tarifa (cuota) por cada miembro y mes (una forma de capitación). Los planes de capitación han impulsado iniciativas para desarrollar sistemas coordinados y en colaboración de una atención de alta calidad y económicamente rentable de cara a mantener un buen servicio de salud general para toda la población (con cobertura). Sin embargo, algunas OAA, entre ellas las que manejan planes de capitación, establecen una separación entre la gestión de las prestaciones de salud física y las de salud mental y consumo de drogas (ofrecen servicios de «salud conductual [SC]»): es decir, estos planes «parcelan» la gestión de las prestaciones de SC. Las empresas que gestionan solo prestaciones parceladas reciben el nombre de organizaciones de SC administrada (OSCA). La introducción de estas parcelaciones prepara el escenario para una *transferencia de costes*, que está modificando los puntos de atención (p. ej., unidad médica o unidad psiquiátrica) y, con ello, su valor económico (p. ej., de una reserva de capitación de salud física a una de salud mental).¹³ Esta práctica, afecte o no a la calidad o al coste global de la asistencia, traslada la carga financiera de la OAA (en este ejemplo) a la OSCA. La organización parcelada es contraria a la idea de esfuerzos en colaboración incentivados por los programas de cuota única (globales). La transferencia de costes tiene lugar asimismo entre otros sistemas de asistencia/financiación, como los estatales y federales (p. ej., traslado de pacientes de los hospitales estatales a los comunitarios donde pueden optar a subsidios y programas federales), públicos y privados (p. ej., la privatización transfiere el riesgo de la atención de la naciente SC desde los estados hasta las OAA o las OSCA) y los de salud mental y física (p. ej., cuando los pacientes eluden el sistema de salud mental y buscan servicios en el de salud física para trastornos mentales y problemas somáticos poco definidos). Algunos sostienen, además, que existe una transferencia de costes entre la SC y el sistema penitenciario, porque las personas que se ven desposeídas de sus derechos (p. ej., enfermos mentales graves, de doble diagnóstico y consumidores de drogas y otras sustancias) solo pueden recibir una atención consolidada cuando ingresan en prisión.¹⁴

Para garantizar que las OAA mantienen un equilibrio entre su objetivo de contener costes y la calidad de la atención se ha desarrollado un contexto de supervisión y acreditación de las entidades implicadas. El National Committee for Quality Assurance (NCQA), el mayor de estos organismos de acreditación de OAA, utiliza normativas para las OSCA y para el sector de la SC de las OAA que no realizan parcelaciones.¹⁵ Las normas del NCQA facilitan la accesibilidad y disponibilidad de servicios apropiados

y respetuosos con las distintas culturas, la coordinación entre los servicios de SC y física, la comunicación entre todos los proveedores de atención sanitaria y los servicios sanitarios de prevención y tratamiento de las enfermedades. Para asegurarse de que los pacientes reciben la asistencia idónea para sus necesidades deben resolverse los excesos y defectos de uso de estos servicios. Además, se exige a las OAA que ofrezcan un proceso sencillo de quejas y reclamaciones para los pacientes cuando la OAA (o su OSCA) deniega inicialmente una solicitud de atención o un servicio. Otra forma de supervisión, la Federal Interim Final Rule Under the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA) de 2008 (Interim Final Rule on Parity), establece en términos generales que las prestaciones de SC no pueden gestionarse de forma más restrictiva que las de salud física, «excepto en la medida en que las normas apropiadas y reconocidas clínicamente permitan una diferencia». Salvo que la NCQA aprecie dicha diferencia entre la atención de salud física y conductual, las entidades que se rigen por las normas de la NCQA deben cumplir estrictamente con los requisitos de la ley de paridad.

Contexto histórico

La historia de la psiquiatría comunitaria es una sucesión alternante de reformas y abandonos que se entiende mejor dentro del contexto político, económico y sociocultural de cada momento. El [cuadro 67-1](#) recoge una evolución en el tiempo de los acontecimientos clave. En el [cuadro 67-2](#) se resumen los actos legislativos que han influido en el sistema en EE. UU.

Cuadro 67-1 Desarrollo histórico de la psiquiatría comunitaria

Época de la ilustración

Finales del siglo XVIII: Pinel retira los grilletes: aparición del tratamiento moral

Principios del siglo XIX: instituciones financiadas en EE. UU.

- Dorothea Dix: asilos tipo aldea

Finales del siglo XIX: Revolución Industrial: productividad y organización

- Cuidados en custodia y terapias somáticas «científicas»

Principios del siglo XX

Adolph Meyer: movimiento de la higiene mental

Clifford Beers: *A Mind That Found Itself*

Beers, Meyer y William James: National Association for Mental Health

Movimiento de orientación infantil

Gran Depresión

Mediados del siglo XX

Segunda Guerra Mundial

1946: National Mental Health Act

1949: National Institute of Mental Health

1954: aparición de la clorpromacina

1955: momento álgido de los cuidados en custodia: trabajos que exponen las pésimas condiciones

- Mental Health Study Act: Joint Commission on Mental Illness and Health

Finales de los años cincuenta: desinstitucionalización: política de puertas giratorias

- Estudios epidemiológicos: síntomas y trastornos comunes

1961: recomendaciones de la Joint Commission: mejorar los hospitales públicos

- Interés especialmente en los enfermos mentales graves y persistentes

Nacimiento del movimiento de salud mental comunitaria en EE. UU.

1963: primera mención presidencial a la salud y el retraso mental

- Leyes de centros de salud mental comunitaria: 1963, fondos para su construcción; 1965, dotación de personal

- Asesinato del presidente Kennedy

Finales de los años sesenta: los fondos menguan, se construyen pocos centros, escasez de personal

Finales de los años setenta: termina el primer ciclo de subvenciones

1975: Congressional Act: revitalización parcial, servicios añadidos

1977: Commission on Mental Health del presidente Carter

1979: National Alliance for the Mentally Ill: movimiento de autoayuda en SMC

1980: Mental Health Systems Act

1981: la administración Reagan deroga la ley de 1980; las subvenciones globales sustituyen a la financiación categórica

Finales del siglo xx

Principios de los años ochenta: privatización

1984: Epidemiologic Catchment Area Study: sistema de salud mental «*de facto*» de los profesionales de atención primaria

- Asistencia administrada, parcelaciones, transferencia de costes

1992: National Comorbidity Survey (NCS)

Principios del siglo xxi

2002: National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)

- Aumento de la depresión; se observa más a menudo en el sistema de salud mental
- La mayoría de los que solicitan ayuda en el entorno médico reciben medicación

2008: Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)

Actualidad:

- Redes de asistencia administrada que se acercan a la visión de centros de salud mental comunitaria
- Promoción de organizaciones de cuidados responsables (OCR), residencias sanitarias y residencias médicas
- Desarrollo precavido de los programas de «doble elegibilidad»: financiación limitada y combinada

Cuadro 67-2 Legislación de EE. UU. relacionada con la salud mental comunitaria

1946: National Mental Health Act

1949: National Institute of Mental Health (NIMH)

1955: Mental Health Study Act: Joint Commission on Mental Illness and Health

1963: Community Mental Health Center (CMHC) Act: fondos para la construcción

1965: CMHC Act: fondos para la dotación de personal

1975: CMHC Amendments: revitalización parcial, servicios esenciales

1977: Commission on Mental Health del presidente Carter

1979: National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)

1980: Mental Health Systems Act

1981: la administración Reagan deroga la Mental Health Systems Act; las subvenciones globales sustituyen a la financiación categórica

2008: Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)

Época de la Ilustración

La «primera revolución psiquiátrica» tuvo lugar a finales del siglo XVIII cuando el alienista (es decir, psiquiatra) francés Philippe Pinel recomendó trabajo físico y aire fresco para que los enfermos mentales recobraran el bienestar y la salud mental.² El tratamiento moral emergió cuando Pinel liberó a los enfermos mentales de sus grilletes.³ En los inicios del siglo XIX, el movimiento se extendió a EE. UU., donde Dorothea Dix promovió el desarrollo de asilos a modo de aldeas para que los enfermos mentales se alejaran de las

tensiones de la vida diaria.²² El Gobierno financió la construcción de instituciones para personas con conductas anómalas y enfermedad mental.²³

Sin embargo, hacia el final del siglo, estas instituciones y asilos se degradaron extraordinariamente y llegaron a saturarse.²⁴ Siguiendo la estela de la Revolución Industrial (centrada en la organización y en la productividad), el tratamiento moral fue sustituido por enfoques de custodia y reglamentación disciplinada, que se siguieron de una oleada de abandono de los enfermos. Lo peor fue, no obstante, la irrupción de terapias somáticas infundadas, no beneficiosas y posiblemente dañinas.^{22,23} De estos tratamientos «científicos» solo dos funcionaron en algunos pacientes. Muchas personas internadas en instituciones psiquiátricas sufrían en realidad la forma parética general de la neurosífilis terciaria,²⁴ ligada a las altas fiebres palúdicas.²⁵ Los pacientes con trastornos de conversión (y tal vez otros) se beneficiaron de los trabajos de Freud y sus discípulos, quienes aplicaron el análisis psicológico a sus tratamientos.

Principios del siglo xx

La corriente urbanizadora asociada a la Revolución Industrial espoleó un movimiento de salud pública preventiva como una necesidad asociada a la higiene y al control de las infecciones. Esta tendencia se acompañó con el movimiento de higiene mental promovido por los escritos de Adolph Meyer acerca de la prevención y el contexto social de las enfermedades mentales. En 1908, Clifford Beers puso de manifiesto las deplorables condiciones en que vivían los enfermos mentales internados en instituciones, con un relato en primera persona de la estancia en una de ellas.²⁶ Beers sumó sus fuerzas a las de Meyer y William James para fundar, en 1909, la National Association for Mental Health.^{27,28} El movimiento de la higiene mental defendía que los hospitales fueran más pequeños y que se establecieran clínicas de evaluación comunitarias ambulatorias. Estas clínicas (que se consideraron antecesoras o iniciadoras de la psiquiatría comunitaria²⁹) arrastraban una menor estigmatización que los grandes hospitales estatales y se centraban en evaluar, prevenir y diferenciar entre trastornos agudos y persistentes. Insistían también en la formación interdisciplinaria, la adscripción a las escuelas médicas y la medicina general y el empleo de la teoría y los principios de la psicodinámica.

Como prolongación del movimiento de la higiene mental, el de orientación infantil propuso aplicar la teoría psicodinámica a la infancia con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades en la edad adulta.³⁰ Sin embargo, estas suposiciones eran difíciles de sustanciar, lo cual condujo a la apatía y al desánimo. La nueva ola de dejadez coincidió con la Gran Depresión. Junto con la pérdida de financiación, las discrepancias entre los profesionales y las largas listas de espera, los rígidos criterios de aceptación desembocaron en el desencanto y el abandono de los programas.

Mediados del siglo xx

La confluencia de experiencias militares, grandes avances en farmacología e investigaciones epidemiológicas procuró una plataforma de partida para legislar sobre los problemas mentales que hizo avanzar los conocimientos y mejoró la asistencia a los enfermos. Durante la Segunda Guerra Mundial, las fuerzas armadas tenían dificultades para alistar nuevos reclutas, pues eran muchos los rechazados o licenciados del servicio por problemas psiquiátricos. Como respuesta, se instó a los psiquiatras militares a que flexibilizaran las normas de aceptación y llevaran las intervenciones terapéuticas al campo de batalla, en un esfuerzo por reducir el número de soldados evacuados por motivos psiquiátricos. En la estela del optimismo posbélico, a partir de esta experiencia se establecieron los tres principios centrales de la psiquiatría comunitaria: inmediatez, proximidad y expectativas.³¹ En términos sencillos, la terapia debería instaurarse sin demora, sobre el terreno y con la expectativa de obtener una mejoría o la resolución del problema. El tratamiento en el entorno habitual del paciente, o cerca de él, redujo la probabilidad de obtener ganancias secundarias y de desarrollar conductas de evitación. Lejos del enfoque tradicional de cuidados bajo custodia, el sistema asistencial debía centrarse en impulsar la recuperación y en promover la expectativa de que el paciente recuperara su funcionamiento de partida.

En 1946, en la cima del enfoque de la asistencia en custodia, con más de 550.000 pacientes internados en los hospitales estatales, el Congreso aprobó la National Mental Health Act y asignó fondos federales

para formación e investigación en salud mental. Esta ley estableció asimismo la fundación en 1949 del National Institute of Mental Health (NIMH). Poco después se utilizó por primera vez en EE. UU. la clorpromacina,³¹ que supuso un descenso notorio de los síntomas psicóticos y los problemas de conducta en los pacientes de larga duración ingresados en hospitales estatales. Fue así posible aumentar el número de pacientes tratados en su domicilio con clorpromacina y los resultados mejoraron sustancialmente (p. ej., alivio de los síntomas, mejora de la cognición y la función general).³² A mediados y finales de los años cuarenta, varios trabajos³³ llevaron a reconocer los perjuicios de la apatía y otros efectos dañinos de la vida prolongada como internos en las instituciones (p. ej., pérdida de la función social y de la capacidad de cuidar de uno mismo). La descripción de las condiciones de saturación y deshumanización de las grandes instituciones estatales inspiró otro brote de indignación pública. En 1955, la Mental Health Study Act estableció la Joint Commission on Mental Illness and Health, que aportó fondos para evaluar los servicios terapéuticos disponibles a escala nacional para los enfermos mentales. Al final de la década, la desinstitucionalización se encontraba en pleno auge, las camas en los hospitales estatales se redujeron a 100.000 y la insuficiencia de los recursos comunitarios se hizo muy evidente. Los pacientes sometidos a largas hospitalizaciones, a menudo desarraigados de sus familias, carecían de la capacidad social y de afrontamiento para manejarse y defenderse fuera de la institución. El 80% fueron nuevamente ingresados en un plazo de 2 años, en un fenómeno que se llamó política de puertas giratorias.³⁴

La Joint Commission publicó en 1961 una evaluación a escala nacional³⁵ y recomendó fundar hospitales más pequeños con mayores recursos, así como dotarlos con fondos para mejorar los servicios de los pacientes graves (p. ej., con psicosis y otras enfermedades mentales importantes). En ese período, varios estudios epidemiológicos pusieron de relieve la prevalencia de la sintomatología psiquiátrica y los problemas de funcionamiento en las poblaciones rurales,³⁶ urbanas³⁷ y suburbanas. Al menos un estudio mostró asimismo que la población con más necesidades era la que menos acceso tenía a los servicios de salud mental.³⁸

Origen del movimiento de salud mental comunitaria en EE. UU.

En 1963, el optimismo político y social había preparado el camino para la primera mención presidencial en el Congreso relativa a la salud y el retraso mental.³⁹ En su alocución, el presidente Kennedy se declaró contrario al sistema dominante de las instituciones y compartió su convicción (en contra de las recomendaciones de la Joint Commission) de que un aumento de la dotación financiera de este sistema no redundaría en una mejora de la calidad asistencial. Hizo un llamamiento a un «enfoque valiente», basado en los avances de la farmacología y los conocimientos, para tratar a los enfermos mentales en sus comunidades, donde «serían recuperados y ocuparían un lugar útil en la sociedad». Kennedy anticipó el surgimiento de un «nuevo tipo de institución sanitaria», el centro de SMC, como parte de un sistema de atención extenso cuyo objetivo sería mejorar la calidad y «devolver los cuidados en salud mental al lugar que les corresponde en la medicina del país». Unas semanas después de firmar la ley, el presidente Kennedy fue asesinado.

Las leyes sobre centros de SMC de 1963 y 1965 aportaron fondos para construir edificios y dotar de personal a esta iniciativa, respectivamente. Cada centro debía proporcionar cinco servicios esenciales: cuatro niveles de cuidados (hospitalización, atención ambulatoria, hospitalización parcial y urgencias) y uno de consulta/educación. Se marcó como objetivo asignar fondos públicos para construir 2.000 centros y dotarlos de personal en 1980, así como conseguir que las aseguradoras privadas y las cuotas se encargaran de la financiación posterior de los servicios. Sin embargo, a finales de los sesenta, los fondos estatales y federales para los programas de salud y bienestar empezaron a menguar. Esta financiación se redujo o se retiró incluso de los edificios en construcción. Lejos del número previsto inicialmente, se levantaron menos de 800 centros, muchos de ellos infradotados. Este evidente fracaso en las expectativas alentó nuevas críticas y desató un conflicto acerca del papel de los psiquiatras comunitarios. Algunos opinaban que los psiquiatras situaban el activismo social por delante de las necesidades terapéuticas de los enfermos. A mediados de los años setenta se adivinaba el fin inminente del primer ciclo de subvenciones para dotar de personal a los centros, mientras los enfermos mentales en general no pagaban

sus cuotas, las aseguradoras dejaban de cubrir los servicios, la demanda alcanzaba cifras exorbitantes y la capacidad de los hospitales estatales se había reducido a menos de la quinta parte. Los enfermos mentales graves conformaban una enorme comunidad sin que existieran los servicios adecuados para ellos.

A la Congressional Act²³ de 1975 le siguió una nueva oleada de reformas y activismo comunitario para financiar parcialmente y revitalizar los centros de SMC (con un mandato menos idealista que en la visión de Kennedy). El objetivo era atender a los miembros más perturbados de la comunidad y ampliar los servicios esenciales consiguientes (p. ej., con programas especializados para niños y ancianos, servicios de salud mental de apoyo a los tribunales, seguimiento y alojamientos temporales para las personas dadas de alta de los centros psiquiátricos y programas especializados contra el consumo de drogas y alcohol).²⁴ En 1977, el presidente Carter creó la Commission on Mental Health con el propósito de realizar una nueva evaluación a escala nacional de los servicios de salud mental. A la vez, el movimiento de autoayuda en SMC estaba cobrando impulso; en 1979 las madres de niños con trastornos mentales crearon la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). Un año más tarde, el Congreso aprobó la Mental Health Systems Act (ley pública 96-398), que incluía algunas de las recomendaciones de la Joint Commission según su evaluación a escala nacional. Con el propósito de financiar servicios para los sectores de población más desfavorecidos (ancianos, jóvenes, enfermos mentales graves y minorías), la ley dispuso construir nuevos centros de SMC para mejorar la coordinación de la atención sanitaria global reuniendo a los proveedores de asistencia física y mental, así como para financiar los servicios esenciales que no generaban ingresos (p. ej., consulta, educación, coordinación de los cuidados y administración de los centros).

En lo que solo puede calificarse de un gran revés para el proyecto, 18 años de financiación federal en SMC con fondos asignados por categorías se desintegraron en 1981, cuando la administración Reagan revocó la Mental Health Systems Act de 1980 antes de que entrara en vigor. Los fondos para servicios de salud mental y atención a personas con problemas de drogadicción pasaron a asignarse en forma de subvenciones globales para cuya aplicación se dejó completa libertad a los estados.

Finales del siglo xx

La pérdida de fondos federales y de supervisión dio paso a 50 programas estatales sin continuidad entre sí y con recursos insuficientes para atender a los enfermos mentales graves en la comunidad. A principios de los ochenta, las tendencias privatizadoras y la exención de la ley sobre grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) impulsaron la expansión de hospitales y centros de atención a la drogadicción privados y con ánimo de lucro. El estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) de 1984 cuantificó la prevalencia de la sintomatología y los trastornos psiquiátricos en la población general y determinó que la mayoría de los residentes en las comunidades que presentaban estos síntomas nunca habían solicitado ayuda al sistema de salud mental. Al contrario, acudían al sistema médico general, convertido así «*de facto*» en centro de atención de trastornos mentales.²⁵

A principios de los noventa, la escalada del coste de la atención sanitaria alimentó un crecimiento explosivo de iniciativas de asistencia administrada en los sectores público y privado. Otro estudio epidemiológico, la National Comorbidity Survey (NCS, 1990-1992), reiteró la alta prevalencia a lo largo de la vida (50%) y la incidencia a 1 año (30%) de los trastornos mentales en la comunidad (la depresión y el alcoholismo eran los problemas más frecuentes).²⁶ El auge de los hospitales psiquiátricos privados, y la falta de pautas, normas o criterios terapéuticos para los distintos tipos o niveles de asistencia hicieron de la salud mental un eslabón débil del sistema. Aunque los profesionales clínicos en general no la respaldaran, la asistencia administrada permitía coordinar los cuidados, reunir evidencias para elaborar las mejores prácticas, promover el desarrollo de niveles asistenciales alternativos y llevar un seguimiento de los resultados terapéuticos. Sin embargo, también sentó las bases de las parcelaciones en SC y de las estrategias resultantes de transferencia de costes (que beneficiaba sobre todo a la OAA o la OSCA); esta problemática derivó en frecuentes conflictos entre la SC y los proveedores (y pagadores) de la atención sanitaria de enfermedades físicas, sin que se tuviera en cuenta de manera adecuada el interés del paciente. Las parcelaciones fragmentaron aún más el sistema de atención sanitaria, ya que los médicos no pueden derivar a sus pacientes a los proveedores de servicios de SC si no se encuentran en la red parcelada (y,

claramente, existe una relación inversa entre la dificultad y la probabilidad de una derivación adecuada). Esta convergencia de reducción en los fondos federales, escalada de gastos en atención sanitaria, privatización, asistencia administrada, parcelaciones y transferencia de costes enquistó aún más los problemas de este sistema complejo y discontinuo, cuyo acceso era cada vez más complicado para los más vulnerables y desfavorecidos (es decir, personas pobres, sin hogar, no angloparlantes, sin seguro médico, expulsadas de las instituciones).

Principios del siglo XXI

La rigurosa repetición de la NCS (NCS-Replication [NCS-R], 2001-2002) se centró en la gravedad, la significación clínica, la discapacidad global y el deterioro en los roles sociales. La NCS-R presentó varias conclusiones de interés acerca de la depresión, un trastorno que, nuevamente, destacó como el más dominante. En primer lugar, la prevalencia de la depresión había aumentado en cada cohorte de nacimientos desde la Segunda Guerra Mundial. Además, algo más de la mitad de los encuestados que declararon estar deprimidos y buscaban ayuda médica la encontraban en el sector de la salud mental. Otra conclusión interesante, atribuible a los avances en la farmacoterapia y a los esfuerzos educativos, fue que el 90% de los encuestados en tratamiento por depresión en un centro médico estaban medicados. Sin embargo, solo uno de cada cinco recibía el tratamiento que, según las normas, se consideraba mínimamente adecuado (y casi la mitad no recibían ningún tratamiento).⁴³

A principios del siglo XXI, el sistema de SMC no había experimentado cambios sustanciales desde finales de los noventa. Sin embargo, el interés se dirigió a la formación y a la colaboración con los PAP para mejorar el tratamiento (sobre todo, de la depresión) de las personas que accedían al sector de la atención primaria (principalmente, con centros de salud comunitaria homologados a escala federal).⁴⁴⁻⁴⁵ Esta situación apenas ha permitido mejorar la calidad de vida o de la asistencia de los enfermos mentales graves y otras personas, más allá de la experiencia de la atención primaria. Para esta población, el «sistema» de SMC es aún discontinuo y no se ha alejado de la política de puertas giratorias, aunque ahora en unidades especializadas de enfermos agudos más que en los hospitales estatales.

Principios básicos de la salud mental comunitaria

Los principios fundamentales de la SMC se resumen en el [cuadro 67-3](#).

Cuadro 67-3 Principios de la psiquiatría comunitaria

Responsabilidad ante la población

- Servicios para toda la población captada
- Asignación de recursos limitados
- Servicios adecuados clínica y culturalmente

Prevención

- Menor incidencia (primaria)
- Menor prevalencia (secundaria)
- Menor discapacidad residual (terciaria)

Atención de base comunitaria (proximidad)

- Mantener el apoyo familiar y social
- Evitar el aislamiento geográfico
- Promover el papel funcional del paciente en la comunidad

Participación de los ciudadanos

- Juntas comunitarias: fijar prioridades y políticas

- Opinión de los pacientes y retroalimentación
- Colaboraciones con voluntarios
- Defensa política

Continuidad de los cuidados

- Ideal: círculo de atención ininterrumpido en todos los niveles de tratamiento
- Realidad: los gestores de casos coordinan servicios fragmentados, facilitan la comunicación entre proveedores

Responsabilidad ante la población

La visión del presidente Kennedy, y las primeras leyes de centros de SMC de 1963 y 1965, instaron a hacer confluir las necesidades de salud mental de toda la población de una zona geográfica definida (área de captación), con independencia de que pudieran o no sufrirla. El servicio no podía denegarse a ningún miembro de la población. Las áreas de captación definidas cubrían de 75.000 a 200.000 habitantes. La responsabilidad ante la población exige planificar el uso óptimo de recursos limitados para desarrollar el sistema más favorable capaz de cubrir las necesidades asistenciales de la comunidad. Los servicios desarrollados deberían responder a las necesidades de los pacientes, no diseñarse para tratamientos masivos que resulten más económicos (p. ej., se atiende a los grupos según la idoneidad clínica y cultural, no como alternativas para ahorrar costes).

Prevención

La psiquiatría comunitaria, al igual que la salud pública, debe centrarse en la prevención para reducir la incidencia, la prevalencia y la discapacidad asociadas a las enfermedades o trastornos mentales. Sin embargo, lo limitado de los recursos estrecha mucho el enfoque en la prevención terciaria² (es decir, rehabilitación para limitar la discapacidad en los enfermos mentales graves).

Atención de base comunitaria

Los servicios y el soporte activo se producen en la comunidad de los pacientes. Esta proximidad evita los problemas del aislamiento geográfico, promueve el mantenimiento de los apoyos familiares y sociales y estimula el valor social del paciente en su comunidad. Las personas con enfermedades mentales graves conservan mejor sus capacidades sociales y de autocuidado cuando reciben tratamiento en sus comunidades. Se han desarrollado diversos servicios para ayudar a los pacientes a acceder a la atención médica y a permanecer de forma segura en su entorno, no internados en centros restrictivos y de larga duración.

La colaboración en 1909 de Beers y Meyer para crear la NAMI dio origen a una colaboración con voluntarios y a la participación de los ciudadanos en el sistema de SMC. Las juntas de la comunidad y los profesionales en SC trabajan conjuntamente para fijar las prioridades y desarrollar las políticas. Los miembros participantes de la comunidad también actúan como postulantes en las campañas para conseguir los recursos necesarios.

Continuidad de los cuidados

Los centros de SMC fueron ideados en un principio para proporcionar una asistencia extensa (es decir, en todos los niveles y con intensidad de los servicios) y para facilitar la coordinación en el proceso global. Al incluir dentro del círculo todos los niveles asistenciales (p. ej., ambulatorios, ingresos hospitalarios, hospitales parciales, estabilización en caso de crisis, tratamientos de día, residencial), el flujo de información debería acompañar al paciente sin ningún obstáculo, y los proveedores de los servicios podrían acceder sin trabas a los datos para desarrollar planes terapéuticos coherentes. Frente a la realidad

actual de servicios discontinuos, en un sistema extenso e ideal no habría cabida para la transferencia de costes.

Componentes y servicios de los sistemas de salud mental comunitaria

En el [cuadro 67-4](#) se resumen los componentes del sistema ideal de SMC. En realidad, no todos estos servicios estarán disponibles para una comunidad dada, y los que lo estén probablemente se hallarán distribuidos en más de una entidad.

Cuadro 67-4 Componentes de la salud mental comunitaria

- Atención hospitalaria
- Hospitalización parcial
- Servicios ambulatorios
- Servicios de urgencia
- Consulta/formación comunitaria
- Gestión de casos
- Personas sin hogar
- Respuesta ante desastres o situaciones traumáticas
- Evaluación e investigación

Atención hospitalaria

La hospitalización sigue siendo un recurso necesario, aunque reservado a los pacientes más graves y en fase aguda. Este tipo de hospitalización se acompaña de una labor activa e intensa de evaluación, asistencia y custodia segura, sin reminiscencias de los antiguos cuidados en internamiento. Las camas psiquiátricas en hospitales privados y generales para estancias breves tienen hoy un mayor nivel de ocupación y no les acompaña tanta estigmatización social. La mayoría de las unidades están cerradas con llave, porque los organismos responsables del pago cubren únicamente el ingreso hospitalario cuando los pacientes se comprometen con ciertas normas (p. ej., en tentativas de suicidio, homicidios o incapacidad de cuidar de sí mismos a causa de una enfermedad mental), aun cuando hubieran ingresado de forma voluntaria. Las limitaciones financieras, el desarrollo de centros asistenciales menos restrictivos y la protección legal de las libertades civiles de los enfermos mentales graves han hecho de los largos internamientos de los pacientes cosa del pasado. Para muchos pacientes con enfermedades mentales graves, las puertas giratorias (ingresos breves y repetidos) han sustituido a las hospitalizaciones prolongadas.

Hospitalización parcial

En pacientes con situación vital estable, los más laxos programas de hospitalización parcial ofrecen una alternativa amable a los ingresos en hospitales de tratamiento agudo. En ellos, los pacientes acceden a programas terapéuticos con estructura hospitalaria durante el día y regresan a su domicilio por la noche. Este retorno gradual a la comunidad, o incluso el mantenimiento en la misma, con un apoyo continuo del hospital supone un intento de luchar contra la existencia inevitable de puertas giratorias.

Servicios ambulatorios

Las opciones extensas de servicios ambulatorios promueven un tratamiento comunitario eficaz para enfermos mentales graves. En estos servicios se incluyen, aunque de forma no exclusiva, los enumerados en el [cuadro 67-5](#). Además de las modalidades comunes (p. ej., medicación; terapia individual, de grupo o familiar; tratamiento de adicciones), los servicios ambulatorios comprenden asimismo alojamientos transitorios (p. ej., en viviendas temporales o compartidas o en habitaciones supervisadas), tratamiento de día y servicios especializados para niños y ancianos.

Cuadro 67-5 Servicios comunitarios ambulatorios

Gestión de la medicación

Terapia

Individual

De grupo

- Psicoeducación
- Formación en aptitudes
- Autoayuda

Familiar

Tratamiento de día

Alojamiento de transición

Viviendas temporales

Habitaciones supervisadas

Viviendas compartidas

Servicios infantiles especializados

Servicios especializados para ancianos

Programas de tratamiento del consumo de alcohol, drogas y otras sustancias

Servicios de urgencias

La cobertura de 24 h con equipos de crisis y médicos en servicios de urgencias permite un cribado de los pacientes antes de hospitalizarlos para la intervención, la valoración de la asistencia necesaria y el acceso inmediato a los cuidados que precisen.

Consulta/educación comunitaria

Estas actividades no reembolsables retrocedieron al reducirse los fondos federales, aunque vivieron una cierta revitalización gracias al sistema de «control» de la atención primaria. Dado que los pacientes de atención primaria suelen acudir al médico con dolencias somáticas (más que con problemas del estado de ánimo, ansiedad o adicciones), y como los PAP se ven instados cada vez más (p. ej., por asistencia administrada, capitación global o mandato federal) a tratar los trastornos mentales menos complicados en sus consultas, buscan ayuda en los psiquiatras comunitarios para establecer el diagnóstico, el tratamiento o la derivación adecuados.

Gestión de casos

Considerada esencial en la concepción de un sistema ininterrumpido de SMC, la gestión de casos (o de cuidados) constituye una necesidad perentoria dentro del fragmentado sistema asistencial de hoy en día. Los gestores de casos se mantienen como enlaces entre los proveedores de atención sanitaria, aun cuando en la actualidad se necesiten cualificaciones especiales para hacer posible esta importante forma de comunicación.

Personas sin hogar

Los más desfavorecidos, los cada vez más numerosos enfermos mentales sin hogar, no buscan ni acceden a los servicios que necesitan por múltiples razones, ya sea por experiencias negativas en el pasado, falta de capacidad o miedo. Los trabajadores de calle los buscan allí donde se encuentren, para lo cual deben saber adaptarse y transmitir credibilidad, trabajar en lugares no tradicionales y aportar servicios a esta población tan vulnerable.

Respuesta ante catástrofes o situaciones traumáticas

Las lecciones aprendidas de la psiquiatría militar, potenciadas aún más desde los atentados del 11 de septiembre, han llevado a algunas entidades a desarrollar equipos de respuesta inmediata para valorar y tratar sobre el terreno a las víctimas de catástrofes, con el fin de mitigar los síndromes postraumáticos y las discapacidades resultantes.

Evaluación e investigación

El impulso para el desarrollo de pautas terapéuticas basadas en la evidencia en psiquiatría y SMC está en línea con las grandes tendencias médicas en curso. Sin embargo, los importantes estímulos hacia la valoración de los programas, o «investigación de los resultados», han provenido de la necesidad de contener costes y de identificar elementos de rentabilidad económica. En la comunidad, las investigaciones para contener los costes se reparten en múltiples departamentos, organismos y servicios. En un sistema tan difuso resulta especialmente difícil identificar el traslado de costes de un programa a otro (p. ej., mejores servicios de SC pero más caros, disminución en el coste global mediante descensos relativamente importantes a expensas de la atención médica general; incremento de los gastos en farmacia o en equipos de crisis que derivan en una notable reducción del coste de los ingresos hospitalarios). Al contrario de lo que preconiza la actual insistencia en transferir costes en la gestión parcelada de la SC, la responsabilidad incluyente de la capitación global fomentará y exigirá estudios generales del sistema para determinar la rentabilidad económica y la derivación de costes.

Tendencias

Personas desfavorecidas

El actual enfoque minimalista de los servicios comunitarios otorga prioridad a los enfermos mentales más graves. De este modo, se ha reforzado la estigmatización de estas personas y no se ha logrado atender adecuadamente las necesidades de la población general. A medida que se recortan los servicios y aumentan las barreras al acceso, cada vez más enfermos mentales graves pierden su hogar, se vuelven adictos a sustancias químicas o terminan en prisión.

Asistencia administrada: ¿la cuarta «revolución psiquiátrica»?

La mayoría de las OAA han ido más allá de su mandato inicial de contener costes para buscar la calidad y la rentabilidad económica. Limitar el gasto reduciendo la duración de las estancias en los hospitales no era, obviamente, la solución definitiva para mantener funcionalmente a esta población en la comunidad. En una evolución que podría considerarse convergente, las OAA (o las OSCA, en la gestión parcelada) han instado a los sectores públicos y privados a que desarrollen redes de servicios estrechamente relacionados que cubren los niveles de una asistencia cada vez menos intensiva y restrictiva, donde los gestores de atención clínica intensiva ayudan a los pacientes a moverse por estas transiciones y garantizan la comunicación entre las distintas personas que los tratan (en serie y en paralelo). Ese impulso ha incluido el desarrollo de niveles asistenciales alternativos (antes inexistentes). Estas redes se han desarrollado en buena parte con los mandatos y las restricciones fiscales establecidos para los centros de SMC de los años sesenta a los que se asemejan (p. ej., continuidad coordinada de una asistencia de calidad para una población dada con recursos limitados). Las OAA recaban la opinión de sus miembros y de los proveedores a través de encuestas de satisfacción y de comités asesores (similares a las juntas de los centros de SMC), al objeto de garantizar la relevancia e idoneidad cultural de los programas y la cercanía de los servicios. Esta red incluyente facilita la recopilación de datos y el seguimiento, de manera que las OAA pueden utilizar informaciones contrastadas para decidir sus políticas. Así es como han definido normas de comunicación con los PAP, un acceso oportuno a los cuidados, la coordinación de los servicios, la correlación de los síntomas y el funcionamiento del nivel asistencial, así como la idoneidad de los planes terapéuticos, su seguimiento y su registro.

Atención primaria

A partir del sistema *de facto*, la promoción de la atención primaria (p. ej., mediante sistemas de control y de capitación global, o por mandato federal) de problemas subsindrómicos de SC en la comunidad ha avanzado para incluir el tratamiento de enfermedades mentales más graves. Los grupos de proveedores en riesgo financiero que prestan servicios asistenciales totales a su población de pacientes han impulsado el desarrollo de programas innovadores que integran y coordinan los servicios de salud física y mental.

Soluciones creativas

Entre las innovaciones multidisciplinarias que favorecen la integración de los enfermos mentales graves en sus comunidades de origen, los equipos de tratamiento comunitario (ETC)³³¹ o el tratamiento comunitario asertivo (TCA)³³² representan intentos de hacerlos partícipes del enfoque terapéutico en su lugar de residencia. Los miembros de los equipos se reúnen con los pacientes en los domicilios de estos, en salas de juntas o en albergues para organizar un surtido flexible de servicios (p. ej., gestión de la medicación, actividades de la vida diaria, formación en aptitudes sociales) e incluyen en el tratamiento a los familiares o a los apoyos sociales de los pacientes. De este modo se mejora el seguimiento y se hace más fácil ofrecer los servicios más intensos cuando se necesite. Los tratamientos comunitarios asertivos evitan que los enfermos mentales graves sufran recaídas en los momentos en los que no reciben la atención. La presencia y la suspensión de estos tratamientos se han relacionado, respectivamente, con un descenso y un incremento en las tasas de ingresos hospitalarios. Por desgracia, los tratamientos asertivos y otros programas no tradicionales no han encontrado correspondencia en estructuras de financiación o de reembolso de su misma flexibilidad. Los administradores de los planes públicos y privados necesitan una visión amplia que cubra los sistemas, las entidades, las disciplinas y los flujos de fondos de manera que, al confluir, impulsen la innovación dirigida a promover la seguridad de las personas más vulnerables de la comunidad.

Las iniciativas actuales (p. ej., organizaciones de cuidados responsables [OCR], residencias de salud y médicas) que abordan la integración de los cuidados (y eliminan la transferencia de costes) requieren la inclusión (o la facilidad de acceso) en los servicios de SC dentro de los centros de atención primaria (o, con menos frecuencia, la inclusión de la atención primaria en los centros de SMC).³³³ Los responsables políticos federales y estatales se centran asimismo en la población de «doble elegibilidad» (que pueden acceder a Medicare y a Medicaid). Estas poblaciones diversas y complejas (es decir, ancianos indigentes o personas pobres o incapacitadas de menos de 65 años) consumen una proporción exagerada de los servicios sanitarios y ejemplifican el alto coste y la baja coordinación asistencial de unos servicios disjuntos y unas fuentes de financiación separadas. Por desgracia, la ostensiblemente inadecuada financiación combinada que proponen estos programas supone una amenaza para cubrir las necesidades de servicios de la población y los elevados costes de desarrollo y puesta en marcha de los planes sanitarios, lo que lleva a abandonar algunos de estos planes de forma prematura.³³⁴

Conclusión

La revolución, el abandono de las tradiciones, conlleva un cambio radical: de los grilletes al tratamiento moral, más tarde al psicoanálisis y después al movimiento de SMC. La revolución, los ciclos alternantes, implica iteraciones: del abandono a la reforma y, desde esta, de nuevo a la dejadez, y así sucesivamente. La historia ha dudado sobre el enfoque de la SMC, sin decidirse por la solución incluyente (servicios disponibles para todos los miembros de la población) o por priorizar los recursos para los más enfermos (y molestos). Si fuera solo por motivos fiscales, probablemente la comunidad preferiría la permanencia en el lugar de tratamiento (y no en centros institucionales más restrictivos), aunque las razones para optar por esta solución son muchas. La revolución, completando el círculo, promete, mientras progresa la asistencia administrada, que el sistema de servicios se asemejará a la visión global de Kennedy. La asistencia administrada en ciernes tal vez determine la siguiente vuelta de tuerca en el ciclo de la SMC, asociada a los avances de la farmacología, la atención basada en la evidencia, el activismo social, la creatividad y la legislación. El reto de la psiquiatría comunitaria es aprender lo suficiente de la historia

para no repetir sus errores, recuperar sus aciertos y desarrollar sistemas viables que, además de dinámicos, activos y colaboradores, influyan políticamente para captar los recursos necesarios que permitan atender a las poblaciones más vulnerables.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Community psychiatry: the third psychiatric revolution. In: Bellak L, ed. *Handbook of community psychiatry and community mental health*. New York: Grune & Stratton; 1963.
2. Talbott JA. Has academic psychiatry abandoned the community? *Acad Psychiatry*. 1991;15:106–114.
3. Rubin B. Community psychiatry: an evolutionary change in medical psychiatry in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 1969;20:497–507.
4. Stedman's medical dictionary. ed 24. Baltimore: Williams & Wilkins; 1982. p. 1163.
5. Borus JF. Community psychiatry. In: Nicholi AM, ed. *The new Harvard guide to psychiatry*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1988.
6. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. ed 7. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
7. Sharfstein SS. Whatever happened to community mental health? *Psychiatr Serv*. 2000;51:616–620.
8. Geller JL. The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. *Psychiatr Serv*. 2000;51:41–67.
9. Barton PL. *Understanding the U.S Health Services system*. Chicago: Health Administration Press; 1999: pp 264-266.
10. Kantor J. Clinical case management: definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:361–368.
11. Dieterich M, Irving CB, Park B, et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10: Art No.: CD007906, doi:10.1002/14651858.CD007906.pub2; [Accessed on 08/07/2013].
12. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:247: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>>; [Accessed on 08/07/2013].
13. Christensen RC. The ethics of cost shifting in community psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2002;53:921.
14. Domino ME, Norton EC, Morrissey JP, et al. Cost shifting to jails after a change to managed mental health care. *Health Serv Res*. 2004;39:1379–1402.
15. Alter CL. New NCQA standards: an opportunity to lead. Special report, Academy of Psychosomatic Medicine. Available at <www.apm.org/papers/ncqa.shtml>.
16. Interim Final Rules Under the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008; Final Rule. 26 CFR54.9812 (c)(4)(i); 29 CFR 2590.712(c)(4)(i); 45 CFR 146.135(c)(4)(i).
17. Weiner DB. Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1992;149:725–732.
18. Moral treatment in America's lunatic asylums. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:468–470.
19. Wilson DC. *Stranger and traveler*. Boston: Little, Brown; 1975.
20. Dorothea Lynde Dix. crusader on behalf of the mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:471–472.
21. Asylum: a late 19th century view. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:485–489.
22. Phrenology comes to America. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:484.
23. Braslow J. *Mental ills and body cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*. Los Angeles: University of California Press; 1997.
24. Duffy JD. General paralysis of the insane: neuropsychiatry's first challenge. *J Neuropsychiatry*. 1995;7:243–249.
25. Austin SC, Stolley PD, Lasky T. The history of malariotherapy for neurosyphilis. Modern parallels. *JAMA*. 1992;268:516–519.
26. Beers CW. *A mind that found itself*. ed 4. New York: Plimpton Press; 1917.
27. Clifford Beers. a man for a cause. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:493–494.
28. Adolf Meyer. studying the whole of man. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:492–493.
29. Housman W, Rioch DK. Military psychiatry: a prototype of social and preventive psychiatry in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 1967;16:727–739.
30. The introduction of chlorpromazine. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27:505.
31. Passamanick B, Scarpitti FR, Dinitz S. *Schizophrenics in the community*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1967.

32. Deutsch A. *The shame of the states*. New York: Harcourt Brace; 1948.
33. Ward MJ. *The snake pit*. New York: Random House; 1946.
34. Joint Commission on Mental Health and Mental Illness *Action for mental health*. New York: Basic Books; 1961.
35. Leighton DC, Harding JS, Macklin DB, et al. Psychiatric findings of the Sterling County Study. *Am J Psychiatry*. 1963;119:1021–1026.
36. Strole L, Langner TS, Michael ST, et al. Mental health in the metropolis: the Midtown Manhattan Study. Rennie TAC, ed. *Series in social psychiatry*, vol. 1. New York: McGraw-Hill; 1962.
37. Hollingshead AB, Redlich FC. *Social class and mental illness*. New York: John Wiley; 1958.
38. Kennedy JF. Message from the president of the United States relative to mental illness and mental retardation to the 86th Congress. Document #58, Washington, DC, 1963.
39. Public Law 94-63: Community Mental Health Centers Amendments of 1975.
40. Sharfstein SS, Wolfe JC. The community mental health centers program: expectations and realities. *Hosp Community Psychiatry*. 1978;29:46–49.
41. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al. The de facto US mental and addictive disorders system. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:85–94.
42. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8–19.
43. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095–3105.
44. Nickels MW, McIntyre JS. A model for psychiatric services in primary care settings. *Psychiatr Serv*. 1996;47:522–526.
45. Kates N, Craven MA, Crustolo A, et al. Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office. *Can J Psychiatry*. 1997;42:960–965.
46. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1109–1115.
47. Pirl WF, Beck BJ, Safren SA, et al. A descriptive study of psychiatric consultations in a community primary care center. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3:190–194.
48. Oxman T, Dietrich AJ, Williams JW, et al. A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. *Psychosomatics*. 2002;43:441–450.
49. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting, a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:2836–2845.
50. Arana JD, Hastings B, Herron E. Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronically mentally ill patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42:503–507.
51. Teague GB, Drake RE, Ackerson TH. Evaluating the use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatr Serv*. 1995;46:689–695.
52. Dincin J, Wasmer D, Witheridge TF, et al. Impact of assertive community treatment in the use of state hospital inpatient bed-days. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:833–838.
53. McGrew JH, Bond CR, Dietzen L, et al. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr Serv*. 1995;46:696–701.
54. Morgan L. Health homes vs. medical homes: big similarities and important differences. OPEN MINDS Management Newsletter, <http://www.openminds.com/market-intelligence/premium/2012/040112/040112f.htm?>; April 2012. [Accessed on 8/9/2013].
55. Neuman P, Lyons B, Rentas J, et al. Dx for a careful approach to moving dual-eligible beneficiaries into managed care plans. *Health Aff*. 2012;31:1186–1194.