



## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

## **THE ASERTIVE COMMUNITARIAN TREATMENT IN PEOPLE WITH A SEVERE MENTAL ILLNESS FROM A THERAPEUTIC AND REHABILITATION PERSPECTIVE**

Juan Ignacio Martínez Sánchez ,Silvia Climent Llinares ,Enrique Ivorra Duarte ,Alfonso Vera Sánchez

[juanignacioms@gmail.com](mailto:juanignacioms@gmail.com)

Tratamiento asertivo comunitario; trastorno mental grave; rehabilitación psicosocial

Communitary and Assertive Treatment; serious mental disorder; psychosocial rehabilitation

### **RESUMEN**

Desde que se implantó el TAC en España se han desarrollado distintos modos de trabajo, con las personas que padecen un trastorno mental grave, población diana donde se focaliza este tipo de tratamientos. En este trabajo vamos a exponer nuestra propia interpretación de esta forma de abordar a esta población, haciendo especial hincapié en el trabajo terapéutico, que hacemos los profesionales desde sus respectivas áreas de trabajo, para hacer posible la rehabilitación psicosocial desde el ámbito comunitario.

### **ABSTRACT**

Since TAC (Communitary and Assertive Treatment) has been implemented in Spain, different ways of working have been developed with people that suffer a serious mental disorder; a population target where these type of treatments are focused on. In this project we want to present our own interpretation of this way of addressing this population, paying special attention to the therapeutical work that we as professionals do from our respective work areas in order to make possible the psychosocial rehabilitation from a communitarian scope.

## EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

### EL TRATAMIENTO ASERTIVO

El Tratamiento Asertivo Comunitario, aplicado en la actualidad en distintos países, surgió en los años 60 en Estados Unidos, consolidándose en la década de 1970. Tiene su origen, como otros tratamientos innovadores, en los planteamientos de la antipsiquiatría, que cuestionó el status quo del sistema sanitario y provocó, como principal consecuencia, la desinstitucionalización. Por ejemplo, en Estados Unidos entre 1955 y 1985, hubo una disminución de la población ingresada en hospitales psiquiátricos del 80% (Bachrach, 1986). Muchos pacientes serían dados de alta de hospitales psiquiátricos, ante el desarrollo de servicios comunitarios, una atención más global más centrada en la persona y sus potencialidades, y no tanto en la enfermedad.

Los fundadores del tratamiento asertivo, fueron Leonard I. Stein, Mary Ann Test, Arnold J. Marx, Deborah J. Allness, William H. Knoedler y sus colegas en el Mendota Mental Health Institute (1978), en el hospital psiquiátrico estatal en Madison, Wisconsin. El proyecto también es conocido como: Capacitación en vida comunitaria, o simplemente el “modelo Madison”. Posteriormente se extendió al resto del mundo. En España, (el PACT pasó a ser el TAC). Los pioneros fueron los creadores de "El TAC Avilés" iniciado por E. Piñuelas (1999) y posteriormente por Jambrina (desde 2002).

El PACT fue concebido como un plan para prevenir la hospitalización en una amplia variedad de pacientes. Se fue centrando, a principios de la década de 1980, en adultos jóvenes con esquizofrenia. En la actualidad la población diana en la que se aplica y donde está resultando más eficaz, es en personas diagnosticadas de trastorno mental grave, que están o pueden llegar a estar, en una situación de alto riesgo (de suicidio, recaída, abandono). Estas situaciones llevan aparejadas un importante grado de sufrimiento, inestabilidad, aislamiento y abandono. Un alto porcentaje de casos presenta comorbilidad, habitualmente con abuso de sustancias.

El término: “asertivo” fue establecido por J. Wolpe en su libro *Psicoterapia por inhibición recíproca* (1958). Estaba muy comprometido en poder controlar la ansiedad. Ésta podría inhibirse por el comportamiento asertivo, que se basaría en la expresión apropiada de las emociones con respecto a otra persona.

## EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

Hay otra definición del comportamiento asertivo más completa: “defensa de los derechos personales y la expresión de los propios pensamientos, sentimientos y creencias de manera abierta, honesta y apropiada y teniendo en consideración el no violar los derechos de las otras personas” (Lang y Jacobowski; citado por Zaldivar Pérez, 1994).

El tratamiento asertivo intentaría manejar las dificultades para la comunicación interpersonal por falta de habilidades para expresar los sentimientos con respecto a sí mismo y a los demás. A través del tratamiento, la persona adquiere la habilidad para expresar de forma más eficaz sus opiniones, sentimientos y deseos personales de una forma directa honrada y adecuada” (Zaldívar, 1994).

Los métodos y técnicas que se sugerían (Test y Stein, 1976), por parte del Equipo encargado del TAC, también tenían que presentar una actitud asertiva para *“traer el tratamiento al paciente”*, desde *“un acercamiento extremadamente directivo y asertivo por los profesionales, especialmente al inicio, para envolver y mantener a los pacientes en actividades terapéuticas”*. Esto implica invitarles a participar en una actividad, a través de técnicas de aprendizaje social, haciendo responsable al paciente de sus conductas. El Programa de TAC sería:

“Programa, en el cual un equipo multidisciplinar lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, rehabilitación y servicios de apoyo, para ayudar a personas con enfermedad mental grave y crónica, a evitar la hospitalización psiquiátrica y facilitar el vivir independiente en un ambiente comunitario natural” (Gold et al..., 2003)

Con todo este desarrollo nos vamos acercando a nuestra propia versión del tratamiento, en la que prima lo psicosocial donde nace, para adaptarlo a un tipo de intervención que se realiza en un 90 % en el domicilio y entorno del sujeto. En este sentido hemos evitado siempre una primera connotación que puede ser entendida como algo que se plantea de una forma directiva. No se trata de dirigir al sujeto, ni de imponerle unas pautas de obligado cumplimiento, que suelen estar avocadas al fracaso, porque no se han interiorizado.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Por eso la forma de intervención tiene que arrancar desde el principio, desde el primer contacto con el sujeto, intentando establecer una relación transferencial positiva, en orden al apoyo en su proceso vital de curación y superación personal, basado lógicamente en la escucha de su deseo, de sus intereses; incluso de sus expectativas. Sólo así contaremos desde el primer minuto de su colaboración, y de que no lo vea como una intrusión, o una obligación ajena, lo que el ETAC le propone, a partir de sus propias ideas de mejora personal.

Conviene también introducir otro matiz, asertivo, significa que debe de haber una constancia, que implica seguir una periodicidad en la acción, tratando de motivar, de movilizar, de apoyar el esfuerzo que sabemos que es difícil de mantener, de intentar estar siempre ahí, como una referencia hacia la salud, pero nunca imponer, o dirigir. Esta matización requiere una comprensión de los momentos del sujeto, de sus estados psicológicos. Requiere de un respeto por la evolución que no tiene, ni suele ser lineal, sino en fases que necesitan de un apoyo permanente, intentando siempre una mejora progresiva, aunque existan pausas, momentos de debilidad o de disforia, pero que se vayan resolviendo en un ejercicio de superación diaria, constante.

### **Aplicación al trabajo comunitario**

Todo lo dicho además hay que encuadrarlo dentro de lo social, de lo comunitario. No es conveniente vivir aislado. El trabajo de vinculación a lo social también es constante y diario. Necesita de mucha dedicación y constancia, de acompañamiento a los dispositivos del núcleo donde se tiene el hábitat, para revincularlo con las actividades de ocio y tiempo libre, con la vida laboral. Este es el gran plus del TAC. Se desarrollará más adelante, pero estamos convencidos de que no solo es un gran complemento al tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulatorio, sino que sirve para apoyarlo favoreciendo la adherencia, y para llegar donde no llega éste. El TAC permite actuar en otra dimensión del paciente, permite implementar todos los aspectos: familiar, social, laboral, etc., a los que no se puede acceder desde las Unidades de Salud Mental.

Comunitario, por tanto, significa un cambio de paradigma, en la actuación en salud mental desde hace varias décadas.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Se ha observado y demostrado que no puede haber una mejoría significativa de los enfermos sin el apoyo de la comunidad, (incluyendo, por supuesto, a las personas con trastorno mental grave, TMG),

### **EL ETAC COMO FACTOR REHABILITADOR**

El fin principal del equipo que lleva a cabo el tratamiento asertivo comunitario (ETAC), es la rehabilitación del sujeto que ha padecido una enfermedad mental grave, y ha desarrollado un proceso crónico, que esperamos revertir en una importante medida.

El concepto rehabilitación es un constructo que tiene varias connotaciones. La principal en este trabajo, es que el prefijo 're' denota que la persona suele estar "habilitada" previamente, antes del proceso de su enfermedad, es decir, que podía hacer frente a la vida diaria sin restricciones, en la mayoría de los casos, donde la enfermedad se declara en la vida adulta. Este enfoque simple sirve para dar a entender que estos sujetos tienen un pasado, que no ha dependido de la enfermedad, antes del primer brote psicótico.

Rehabilitar también indica que la persona puede ser capaz de llevar una vida dentro de las amplias dimensiones de lo que se entiende como normalidad, con una ayuda adecuada que confíe en sus potencialidades, inhibidas muchas de ellas por el tratamiento farmacológico y por el *modus vivendi* que ha originado el avance de la enfermedad.

De manera globalizada, la OMS publicó una Declaración de Consenso en colaboración con la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y la participación de expertos de varios países y regiones del mundo (1996), donde se plantea la rehabilitación psicosocial, como un proceso que permite a la persona afectada, lograr una mejor independencia en relación a la comunidad, una mejor competencia individual y de esta forma, una mejor calidad de vida.

La rehabilitación tal como la entendemos, incluye también un proceso terapéutico (en la línea de Bachrach, 1993), para conseguir que cada paciente pueda desplegar sus máximas competencias y desarrolle sus habilidades sociales.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

### **LA INCLUSIÓN DE FAMILIARES EN EL PROCESO**

Los familiares constituyen en la gran mayoría de los casos el único vínculo con la realidad social, del que se dispone, ya que el lazo social suele ser muy precario. A menudo constituye el único enganche que se tiene con la vida. Por ello es tan importante, y tan crucial, mantenerlo para la estabilización.

Cualquier alteración producida en este campo socio-familiar, teniendo en cuenta que es a través de la familia como se introduce el individuo en lo social, repercute directamente en nuestros usuarios, para bien y para mal. Dada la escasa interacción con el otro, todo lo que éste le comunique de palabra o de acto, va a repercutirle. Por eso desde el ETAC no podemos dejar a las familias al margen, pensamos que también necesitan de una ayuda y un apoyo, para poder sobrellevar la situación.

Nuestro trabajo incluye orientación profesional para que puedan llevar una acción complementaria a nuestra actuación, para que puedan apoyarla y potenciarla. También con ello se trata de evitar los mensajes negativos y todo aquello que perjudique la evolución psico-social de los usuarios.

La familia tiene una gran responsabilidad en la rehabilitación social y hay que cuidar que puedan constituir una base que fortalezca la estabilización, permita la autonomía progresiva en aquellos casos con una mayor evolución y sean un apoyo afectivo positivo y continuo.

Se ha hablado mucho de que no es el individuo el que enferma, es la familia quién lo hace. Sobre esta base creció la terapia familiar en sus inicios. La terapia familiar era una de las principales bases de los tratamientos psiquiátricos en esos momentos, después el avance de la medicación neuroléptica, hizo que el foco se fuera poniendo más en el sujeto psicótico, ahora en pleno siglo XXI, sabemos que el sujeto es mucho más complejo y necesita de una actuación conjunta en diferentes frentes para su rehabilitación, ya que todos ellos interaccionan y son los únicos capaces de proporcionar esa estabilidad básica que haga al sujeto funcional.

La importancia de incluir a la familia como recurso terapéutico está expresada claramente por diferentes autores; se ha visto como muy eficaz, cuando está unido al tratamiento psiquiátrico y psicológico (Vallina y Lemos, 2000).

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Cuando se incluye en la rehabilitación, (González, 2010). Especialmente en Reino Unido se incluyeron los grupos terapéuticos dentro del Hospital (Bio, 1975), siendo importante el análisis de la familia del paciente (Bott, 1957) y del ambiente (Bruner, 1990).

### **El tratamiento psicológico**

Nuestro ETAC partía desde el principio con una composición de profesionales en las que se contaba con la figura del psicólogo clínico, a diferencia de otros equipos que prescindían incomprensiblemente de esta figura profesional, ya que actuaba de forma parcial, un psiquiatra, cuya función es diferenciada claramente. Sin entrar en disputas sobre las diferencias de las funciones de los facultativos que ya deberían estar superadas, lo que no ofrece dudas, es la necesidad de la colaboración de ambos especialistas.

Desde esta perspectiva, se ha implementando la posibilidad de realización de terapias psicológicas individuales, puntuales, para resolver algunas problemáticas, que se ven enquistados en la historia de los sujetos, y que la acción de la medicación no trata. Ofreceremos algún caso clínico en este sentido cuando se lleve más tiempo con esta ampliación, e indicaremos que muchos duelos que no han quedado resueltos, determinadas relaciones familiares, miedos a la interacción social, etc, pueden ser susceptibles de un tratamiento focalizado que resuelva el problema. En la actuación psicológica se trata de propiciar que el sujeto pueda acceder al problema, analizándolo y resolviéndolo progresivamente, como el que puede colocar la pieza del puzzle en su sitio, permitiendo avanzar en su resolución.

Por supuesto, estos tratamientos se realizan de forma puntual y focalizada sobre problemáticas concretas que el sujeto ya ha verbalizado y quiere resolver. Siempre se debe de actuar con el convencimiento de que trabajar ese problema puede ayudar en su evolución.

Estas intervenciones deben de ser extremadamente cuidadosas, ya que se trabaja con pacientes que han desarrollado una psicosis, para evitar que puedan sensibilizarse sobre determinados problemas que le podrían afectar negativamente en su cura, o participar en un delirio de forma poco profesional, convirtiendo éste en un “*délire a deux*”, que no interesa.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Por tanto, debemos de ser muy rigurosos con este tema, que necesitaría de desarrollos clínicos aparte para que se perdieran los miedos que existen sobre los tratamientos psicológicos con pacientes TMG. Existe el riesgo de abrir heridas antiguas, pero en un ámbito de contención suficiente y trabajando con el cuidado que da la experiencia, no tiene que producirse sintomatología adversa. Además, también existe riesgo en intervenciones farmacológicas que pueden aumentar la sintomatología secundaria.

### **ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO Y VALORACIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES, PARA UNA INTERVENCIÓN EMPÁTICA**

Hasta aquí se han introducido conceptos que puedan hacer avanzar en nuestro campo de actuación y a través de los ETAC, las posibilidades de rehabilitación de pacientes con patología grave. Desde esta orientación debemos aclarar nuestra ubicación en la atención. Nuestro setting no funciona como un mero dispositivo de seguimiento y administración del tratamiento farmacológico prescrito de antemano, que tenga activos a los pacientes. Pretendemos llegar más allá y conseguir una progresiva funcionalidad, hasta llegar a un grado de autonomía suficiente, que pueda hacer que no se necesite la atención diaria de un cuidador o un familiar. Incluso que se contemple la posibilidad de una salida laboral, dentro de sus capacidades y limitaciones.

En este sentido pensamos que el diseño original de composición del Equipo de profesionales es bastante adecuado, ya que permite un trabajo interdisciplinario completo y puede actuar de forma integral sobre los usuarios del Programa. Cuenta con cuatro figuras que permiten esta unidad de acción y favorecen la complementariedad: trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermero especialista en salud mental y psicólogo clínico.

El trabajador social sanitario, se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio diagnóstico social sanitario, y del análisis de los factores sociales que concurren en la salud, en su contexto más cercano, ayudando a enfrentarse a estos cambios y encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida, proyecto vital, etc.



## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Todo ello contando con la utilización de los recursos disponibles, gestionando y coordinando los apoyos profesionales necesarios, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina (Cartera de servicios de trabajo social sanitario de la Comunidad Valenciana, 2012)

Los antecedentes históricos sobre el origen del trabajo social sanitario se remontan hasta principios del siglo xx, en el contexto de la psiquiatría esencialmente. Fue la especialidad sanitaria, que más acusó la necesidad, en EEUU, en atender que los aspectos sociales influían en la falta de recuperación de los pacientes psiquiátricos. El psiquiatra Richard Cabot (1905) incorporó la disciplina del trabajo social, a su equipo médico, como un aspecto básico más, desde la idea de la atención integral. Por esto es esencial atender todos los determinantes sociales de la salud mental, para poder hablar de recuperación y rehabilitación (Miguel Miranda, 2015).

Desde que empezamos con el programa ETAC en la atención a pacientes y a sus familiares, la mayoría desconocían un sinfín de recursos, ya que las competencias de las administraciones, están entremezcladas. La labor del trabajador social es clarificar, implicar, visibilizar y acercar la realidad social a los diferentes agentes sociales.

La Terapeuta ocasional puede diseñar con el sujeto, el plan de vida que quiere seguir, potenciando las capacidades de éste y tratando de desarrollar otras, que le sean útiles. Favorecerá la socialización (aspecto común) y asesorará y podrá ayudar y apoyar en todas aquellas actividades, que puedan ayudar a los pacientes a ser más activos , recuperando la confianza en sí mismos, siempre con la aquiescencia y la asertividad del paciente.

El Enfermero está pendiente del efecto de los fármacos sobre el individuo, así como de valorar si ha remitido en mayor o menor medida la sintomatología positiva o negativa, poniendo en conocimiento del psiquiatra responsable, la evolución del paciente. Además, podrá orientar sobre nutrición y estilos de vida saludable, así como hacer reflexionar al paciente a través de un enfoque humanista, basado en la relación de ayuda, cuál es el mejor medio para alcanzar la máxima autonomía e independencia de auto-cuidado.

## EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

Esta sólo es una pincelada de las labores del Equipo, sería interesante desarrollarlas mucho más en otro artículo, para poner en valor el gran potencial que pueden tener estos equipos, que demuestran ya desde su propia configuración, un abordaje insertado plenamente, en el trabajo comunitario.

Cabe destacar la importancia de los vínculos entre los miembros del equipo y los usuarios del servicio como elemento clave para la movilización del mismo, que no tienen que ver tanto con la disciplina del profesional sino en cómo se conecte con el usuario. Gran parte de los logros conseguidos por el equipo, se debe a este vínculo, en el que el usuario nos percibe a uno o más de los miembros del equipo, como persona de referencia, de manera que tiene esa motivación extra que le empuja a querer cambiar ciertos aspectos de su vida, percibiéndonos como agentes útiles para ayudarlo a construir su proyecto de vida en los que pueda alcanzar los objetivos que se haya propuesto.

### El Diálogo Abierto

El diálogo abierto es una creación entre otros, del psicólogo finlandés F. Seikkula en Finlandia. Parte desde el inicio en escuchar al paciente en su contexto psicosocial. La intervención se produce en la propia casa con su familia, a través del diálogo abierto, sin limitaciones. La medicación queda en un segundo plano, y no se produce la ansiedad de prescribirla aunque haya una sintomatología exacerbada incluyendo alucinaciones. *“Las alucinaciones normalmente surgen como reacción a situaciones vitales muy extremas, rodeadas de diversos factores de presión. Son como los sentimientos y las emociones que nacen de situaciones límite. Los profesionales deberíamos analizar más su origen y no solo concebirlas como síntomas de enfermedades que han de ser eliminados con medicación”* (Seikkula. Entrevista para El País). Es una atención inmediata y multiprofesional.

Nuestro enfoque encaja bastante bien en esta teoría práctica, aunque tenemos limitaciones claras, ya que el propio sistema de salud pública, no está diseñado de esa forma, pero si tratamos de adoptar algunos principios, adaptados, que funcionan positivamente a partir de nuestro trabajo en el propio domicilio.

## EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

En este sentido compartimos seis de los siete principios fundamentales, ya que no podemos hacer 'ayuda inmediata':

1. Perspectiva de la red social. Colaboración con familiares y otros miembros claves de la red social
2. Flexibilidad y movilidad. Se adapta el tratamiento a las necesidades específicas y cambiantes de cada sujeto, aprovechando los recursos del equipo y comunitarios.
3. Responsabilidad. El equipo se hace responsable en su totalidad de la atención, tratando de contar con la colaboración de la red social.
4. Continuidad psicológica. El equipo asume la responsabilidad del tratamiento (en coordinación con la Unidad de Salud Mental) y puede actuar a nivel terapéutico.
5. Tolerancia de la incertidumbre. Se fortalece a través de la confianza en el proceso conjunto,
6. Dialogismo. Promoción continua del diálogo, tratando de que mejore la comunicación con la familia y entorno. Con ello se consigue una nueva comprensión de la situación.

Este tipo de intervención abierta, tiene distintos resultados que mejoran en general, el trato con la enfermedad y su estigmatización. A parte de la reducción de las recaídas, evitando nuevos ingresos hospitalarios, hemos podido comprobar que existe una mejoría en la propia concepción de la enfermedad. Conseguimos una mayor aceptación, pero también un mejor manejo de la misma. Estamos llegando a comprobar que la concepción y desarrollo de los procesos delirantes y fabulatorios mejoran con el tiempo. Algunos consiguen encapsularse y dejan de tomar sentido y pasan paulatinamente a cierto olvido pre-consciente. Otros llegan a ser reconocidos como poco consistentes y empiezan a ser criticados y cuestionados por el propio sujeto, perdiendo así su carga.

El trabajo asertivo comunitario, favoreciendo el diálogo abierto en el que nos basamos, consigue terminar con el aislamiento, y permite una mayor y mejor interacción social. Por ello esta reconexión con la realidad social, familiar, etc, inhibe y suprime, según los casos, la necesidad de buscar una interpretación delirante de la realidad. En ciertos casos puede tener valor de suplencia, de compensación de la realidad (Cottet, S. 1996).

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Quizás puede parecer que llevamos poco tiempo trabajando (un año), pero los resultados que estamos teniendo, nos animan a continuar con la línea de trabajo que exponemos en este trabajo, y nos mueve a seguir investigando para poder ofrecer más resultados en el futuro, que ayuden a precisar mejor las formulaciones teóricas en las que nos basamos

### **RESULTADOS**

Este enfoque rehabilitador que se plantea en este artículo, está teniendo unos resultados interesantes, de tipo cuantitativo, pero también de tipo cualitativo, que trataremos de mostrar a continuación de forma muy resumida.

La revisión efectuada entre los trabajos que evalúan el TAC, coinciden en la importante mejoría de la situación de los pacientes objeto de estudio, valorando especialmente una serie de indicadores clínicos:

- Disminución importante de la frecuencia de las recaídas y cuando se producen son más livianas, y no llegan a la hospitalización
- Reconocimiento de síntomas prodrómicos, utilizándolos para monitorizar su propia enfermedad, con el fin de emprender estrategias de afrontamiento y buscar ayuda para prevenir una recaída grave.
- Disminución de la atención en urgencias en salud mental.
- Disminución de las agresiones y denuncias.
- Disminución de hospitalizaciones (sólo 2 en un año. Anteriormente se produjeron 99 en los últimos 10 años, de los primeros 24 pacientes que se derivaron al ETAC, de los cuales hay estadísticas completas).
- No hay deterioro funcional. Todos los pacientes se mantienen y algunos mejoran y pueden mantener sus ocupaciones laborales y la asistencia a talleres específicos de la red comunitaria.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

- Disminución de la medicación. En ningún paciente se ha aumentado la medicación. Por el contrario, en la mayoría se ha rebajado.
- Mayor control de los delirios (incluso encapsulamiento). Tema tratado en puntos anteriores.
- Consciencia de enfermedad. Se consigue una consciencia de enfermedad amplia, con la intención de que sea aceptada y pueda manejarse sin identificarse con la misma, evitando en lo posible el beneficio secundario que se produce a menudo.
- Mayor adherencia al tratamiento integral. No sólo al farmacológico, sino al proceso en sí que supone la rehabilitación.

### **CASOS CLÍNICOS**

A continuación, expondremos brevemente dos casos para ejemplificar nuestra labor. Ambos comparten el mismo diagnóstico: esquizofrenia paranoide y pueden tener un carácter paradigmático.

#### **CASO 1**

Se trata de un varón de 36 años que vivía solo desde que fallecieron sus padres hace diez años. En esta década, había presentado 16 ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y uno de ellos, en un centro de media estancia, como medida judicial, tras la agresión a un representante de las fuerzas del orden público. Era usuario del Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS) pero no acudía, entre otras causas, por tener un estado de apatía general prolongado. No aceptaba ningún tipo de ayuda en su casa (SAD, etc.). No disponía de apoyos sociales. Se encontraba en una situación de gran aislamiento con ausencia de relaciones sociales, no participaba en actividades de ocio y cultura en la comunidad. Su relación familiar era con un hermano y con una tía con la que se había distanciado. No mantenía contacto visual, se observaba latencia de respuestas y éstas se basaban en monosílabos. Era fumador de tabaco en fase precontemplativa. Su estado físico era preocupante: pesaba más de 120 Kg (no permitía cuantificarlo) y no realizaba ningún tipo de ejercicio físico, presentando inestabilidad y dolor en miembro inferior izquierdo.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Su alimentación se componía mayoritariamente de platos precocinados. Tampoco poseía una rutina de horarios para las comidas, ni consumía verduras y frutas semanalmente. Por otro lado, la casa estaba con falta de una limpieza profunda que no se había hecho desde que fallecieron sus padres.

Para romper esta inercia negativa se decide incluirlo en el programa TAC (hace ahora un año). Desde que nos hacemos cargo del caso, no ha habido más ingresos y se ha conseguido que acuda regularmente al CRIS, gracias a un seguimiento diario, donde realiza distintos talleres de ocio, recuperación cognitiva, etc. A nivel familiar, se ha mejorado la relación con su tía, para que mantengan un contacto mínimo semanal. En relación a su aspecto físico ha mejorado bastante su aseo e higiene personal, ha descendido su peso, incorporando una rutina de ejercicio físico, y también una rutina de comidas, en la que incorpora frutas y verduras en su alimentación diaria. La gran parte de sus comidas las realiza él mismo. Ha iniciado actividades de ocio y relaciones sociales. Su latencia de respuesta ha disminuido de forma muy satisfactoria, mantiene contacto visual y la conversación es fluida, llegando a expresar preocupaciones, logros conseguidos. Se ha creado un vínculo terapéutico con el equipo ETAC positivo.

Ha ampliado sus relaciones sociales a través de Whatsapp y presencialmente con una compañera del CRIS. Igualmente ha conseguido realizar labores mínimas de limpieza, incluso por iniciativa propia en su casa. Ha reformado la casa, pintándola y cambiando las puertas y mobiliario. Tiene una habitación dedicada a gimnasio.

En resumen, el beneficio del programa TAC, en este caso, ha sido muy significativo, teniendo en cuenta sus problemas con la justicia por una agresión grave a un policía, y su actitud inicial huraña y un poco hostil. Este año se ha conseguido una mejoría global en todas las áreas de actuación, favoreciendo que el paciente pueda ser cada vez más autónomo en su actividad diaria, ya que está siendo capaz de llevar adelante el arreglo de su casa, manteniéndola en un estado aceptable, y consiguiendo un estado físico más saludable, venciendo la obesidad grave. También ha mejorado sus relaciones familiares, y comenzando a ampliar sus contactos sociales. Con todo ello muestra una clara mejoría del estado anímico general.

## EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

### CASO 2

El segundo caso se refiere a un joven de 27 años, ingresado por episodios psicóticos en 4 ocasiones, que se acompañaban de una agresividad desmedida (agresiones, en varios casos, también a su madre, en la propia unidad de psiquiatría rompió varios plafones). Nula conciencia de enfermedad y adherencia farmacológica.

Vivía en casa de los padres junto a su hermano, empezó una formación en hostelería complementaria que no pudo terminar, por un nuevo episodio psicótico. Existían conductas de agresividad (no sólo hacia la madre), delirios de perjuicio (pensaba que lo iban a envenenar) y consumo de tóxicos (cannabis), que le llevó a un nuevo ingreso en la Unidad de Psiquiatría del Hospital.

Hubo un intento de que viviera sólo, pero terminó con un nuevo ingreso. Ya que tenía un comportamiento desorganizado, caminaba sin rumbo fijo por las calles intentando abrir establecimientos que pensaba que eran de su propiedad, en pleno estado de alarma por la pandemia. Compraba comida y no la cocinaba teniendo que tirarla.

Después de sus altas, no mantenía la medicación y consumía cannabis a diario. Este consumo continuado, ha mermado en cierta medida, su capacidad cognitiva. Su lazo social se reducía al ámbito del consumo. A nivel familiar ha tenido muchos problemas antes descritos y le costaba mucho conseguir un vínculo normalizado.

Después del último ingreso, vuelve a la casa de su madre y allí por miedo a posibles agresiones, los sitúan en el garaje habilitado con una cama. Únicamente accedía a la vivienda para comer y utilizar el baño. A los tres meses de su alta, se le proporcionó un pequeño estudio en un pueblo cercano, por parte de la familia. Tiene varias causas judiciales pendientes por sus comportamientos violentos y las detenciones durante el estado de alarma.

Se incluye en el programa ETAC cuando se le da el alta hospitalaria, comenzando por su conciencia de enfermedad y la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico. También se le plantea la necesidad de abandonar el consumo de cannabis y de empezar con un nuevo planteo en su vida, de cara a un futuro en el que vuelva a poder trabajar.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Se trabaja mucho esta reorganización de su vida desde la autonomía que le permite la casa donde vive solo, tratando de que pueda observar una perspectiva de vida que le permita la autonomía real. Poder encontrar una salida funcional y vital, establecida con él, permite dentro de este plan de intervención, una mejoría general importante, que él también empieza a valorar.

Desde el inicio de la intervención (hace un año), no ha vuelto a acudir a urgencias, ni a tener ningún ingreso hospitalario. Se ha logrado su adherencia al tratamiento instaurado a domicilio. No consume cannabis y no presenta alucinaciones ni delirios. Además, se ha trabajado en que pueda detectar qué pensamientos y sensaciones pueden perturbarle y provoquen una descompensación. Él empieza a reconocer más claramente algunos pensamientos y sensaciones extrañas, que pueden ser indicadores de una alteración que debe de comunicar para poder ayudarle, y también que pueda controlarlas y vencerlas.

Se observa una mayor amplitud en las opciones que este usuario conoce y utiliza desde que se las mostramos (bibliotecas, polideportivos, lugares del entorno...). Actualmente en su rutina diaria incorpora varios de estos recursos y se maneja en su nuevo municipio más activamente. Se puede decir que ha comenzado una vida independiente en un pueblo que desconocía previamente.

Por otra parte, se sigue trabajando la autonomía en las actividades de la vida diaria, sobre todo en la elaboración de comidas, gestión económica y manejo del hogar. Observamos que es un área muy afectada en este usuario y que el paciente se activa más cuando se mantiene la atención semanal del ETAC.

Debido a su situación económica se le vincula con Cruz Roja, para orientación laboral.

Respecto al ámbito social, se ha logrado que se relacione con un vecino y con otros usuarios del ETAC, a pesar de su tendencia al aislamiento. Y acude a comer con su madre y el compañero de ésta casi todos los fines de semana.



## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

Para todos los trámites de posibles ayudas sociales o de búsqueda de empleo, se consigue que vaya aportando la documentación necesaria y de que termine los trámites en sus plazos, con bajo apoyo de terceros.

De esta forma podrá acceder a posibles ayudas de ámbito social (Renta Valenciana de Inclusión, Ingreso Mínimo Vital). Finalmente, se le ayudará en las evaluaciones forenses para los juicios pendientes (relativos a causas abiertas por sus brotes psicóticos, de los que actualmente es consciente).

Recientemente se ha conseguido que retome su actividad laboral interrumpida por sus hospitalizaciones y la pandemia, asesorándole en todo lo referente a la búsqueda de empleo y/o formación. Y ya ha podido trabajar en jornada completa como asistente/vigilante de playas.

# EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

## BIBLIOGRAFÍA

1. -Alvárez, J.M. Principios de una psicoterapia de la psicosis. Barcelona. Xoroi Edicions, 2020.
2. -Bachrach, L. Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community psychiatry* 1993; 44 (5),65-468.
3. -Bachrach, L. The future of de state mental hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37, 467-474.
4. -Cottet, S., *L'insconscient de papa et le nôtre*, París. Éditions Michèle, 2012.
5. -Giménez-Salinas Botella, Jorge M. Claves para la mejoría del enfermo en la atención clínica de las personas afectas de un trastorno mental severo. Tesis Doctoral Universidad internacional de Catalunya. 2018.
6. -Gisbert Aguilar, C. Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2003. Estudios / 28.
7. -Gutiérrez López, M<sup>ª</sup> Isabel. Calidad de vida y factores asociados en la esquizofrenia. Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología. 2015.
8. -Martínez Jambrina, J.J. El tratamiento Asertivo Comunitario en España. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2008.
9. -Martínez Jambrina, J.J. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario en España. Tesis Doctoral. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. 2017.
10. -May, R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. *Intervenciones psicológicas en las psicosis tempranas*.
11. -Hernández Monsalve, M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2017; 37(131) p. 171-187.
12. -Parkinson, S. Forsyth, K. Kielhofner, G. Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST). Versión 2.0. 2004. University of Illinois at Chicago.
13. -Saiz Galdós, J. y Chévez Mandelstein, A. La intervención Socio-Comunitaria en sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Rev. Intervención Psicosocial*. 2009. Col 18, nº 1. Pags 75-88.
14. -Salaverry, O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev. Peru Med Exp*. 2012. Salud Pública 29(1), 143-48.

## **EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE, DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

15. -Seikkula, J. & Arnkil TE. Encuentros dialógicos en redes sociales. Londres: Karnac Books (Publicado en los idiomas finlandés, sueco, noruego, danés y alemán). 2006.
16. -Seikkula, J. Voces internas y externas en el momento actual de la terapia familiar y de red. *Revista de terapia familiar*, 2008; 30 (4), 478-491.
17. -Seikkula, J. y Trimble, D. Elementos curativos de la conversación terapéutica: el diálogo como encarnación del amor. *Proceso familiar*, 2005; 44: 461–475.
18. -Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J. y Lehtinen, K. Cinco años de experiencias de psicosis no afectiva de primer episodio en el enfoque de diálogo abierto: principios de tratamiento, resultados de seguimiento y dos análisis de casos. *Investigación en psicoterapia* 2006; 16: 214-228.
19. -Taborda Zapata, E. Montoya González, L.E. Gómez Sierra, N. Arteaga Morales, L. y Correa Rico, O. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia más allá de los psicofármacos. *Rev Colombiana de Psiquiatría*.45(2): 118-123.
20. -Uriarte Uriarte, J.J. Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2007; Vol 7. Nº 2.
21. -Vallina Fernández, O. Lemos Giráldez, S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Rev. Psicothema*, 2000; Vol 12 nº 4 pp 671-681.
22. -Vicente Mochales, M.C. La rehabilitación de cuidados en salud mental en Madrid: la experiencia de un servicio de salud mental comunitario. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Trabajo Social. 2018.
23. -VV.AA. Plan de atención integral a las personas con trastorno mental grave 2018-2022. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas.
24. -VV.AA. Rehabilitación e Integración Social de las Personas con trastorno Mental Grave. Documento de Consenso. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003.
25. -VV.AA. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2010.
26. -VV.AA. Rehabilitación Psicosocial. Declaración de consenso WAPR/WHO. Organización Mundial de la Salud. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Fearp 2003

**EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE,  
DESDE UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA**

27. -VV.AA. Documento original: "Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement", en WAPR Bulletin, vol. 8, nº 3 julio de 1996. Apareció publicado en español en Boletín de la AMRP nº 6, marzo de 1997.
28. -Zaldívar Pérez, D. La terapia asertiva: una estrategia para su empleo. Revista Cubana de La Habana. 1994; Vol 11, Nº 1.