



## **TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO**

Espiño Díaz I.

Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

[iriaespinho@hotmail.com](mailto:iriaespinho@hotmail.com)

### **RESUMEN:**

En la década de los 80, con la Ley General de Sanidad de 1986, se inicia en España la llamada Reforma Psiquiátrica española o desinstitucionalización, el cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos devolviendo a los enfermos mentales, y con ellos sus necesidades asistenciales, a la comunidad. Debido a este cambio, ha sido necesario el desarrollo de una nueva estructura organizativa de servicios para tratar la enfermedad mental y conseguir la integración completa de estos pacientes en el sistema de salud. El Tratamiento Asertivo Comunitario, desarrollado por Leonard Stein y Mary Ann Test en Wisconsin es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que tiene como objetivo principal la integración de todos los componentes necesarios para el correcto cuidado de estos pacientes en la comunidad. Formado por un equipo multidisciplinar de clínicos y con las intervenciones domiciliarias de base, se caracteriza por atender a un número más reducido de pacientes asumiendo la completa responsabilidad del cuidado de un grupo de personas con enfermedades mentales graves, tratando de integrar actuaciones diversas como medidas farmacológicas, psicoterapéuticas, sociales, familiares, de educación o laborales. Una fuerte evidencia muestra su efectividad en reducir el uso de servicios hospitalarios, reduciendo el gasto e incrementando el grado de satisfacción de usuarios y familiares al proporcionar atención comunitaria integral y continuada a pacientes con trastornos mentales, con el objetivo de alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales.

## INTRODUCCIÓN

Hace ya más de veinte años, en la década de los 80 y coincidiendo con la Ley General de Sanidad de 1986, se inicia en España la llamada Reforma Psiquiátrica española o desinstitucionalización dando lugar al cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos devolviendo a los enfermos mentales, y con ellos sus necesidades asistenciales, a la comunidad. y la creación de servicios y redes de salud mental comunitaria alternativas a las antiguas instituciones. Si bien es cierto que muchos pacientes con una aceptable autonomía o buen apoyo familiar se han librado de su estancia manicomial, otros muchos con trastornos mentales más o menos graves y persistentes se encuentran en situación de abandono y escasa calidad de vida.

Aunque en los últimos años se ha producido un fuerte cambio en la organización de los servicios comunitarios y redes asistenciales, el despliegue comunitario es aún insuficiente. Se realizan escasas intervenciones fuera de los centros de salud mental y la atención domiciliaria es poco frecuente. Se proporciona muy poca atención psicosocial a pacientes con trastornos mentales severos, escasa atención a las familias de estos y las actividades de coordinación entre los distintos dispositivos de la red de salud mental, atención primaria o servicios sociales generales, son también muy escasas, de esta forma la integración o rehabilitación psicosocial pasa a ser una actividad propia de equipos especializados en esas tareas. Como respuesta a las necesidades creadas surge el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).

El TAC, desarrollado por Leonard Stein y Mary Ann Test en Wisconsin es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que tiene como objetivo principal la integración de todos los componentes necesarios para el correcto cuidado de estos pacientes en la comunidad. El TCA, denominado en inglés Assertive Community Treatment (ACT) o Program for Assertive Community Treatment (PACT), es definido como un servicio de atención integral, prestado en la comunidad por un equipo multidisciplinar, para el tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas que mantienen contacto irregular con los servicios psiquiátricos ordinarios.

Inicialmente utilizado en Estados Unidos, más tarde fue importado por otros países como Australia, Canadá, Inglaterra o España.

La primera experiencia europea del programa TCA no aparece hasta 1991 en el Reino Unido al establecer con carácter normativo para la red de salud mental comunitaria, el programa "Care Programme Approche" (CPA).

En España, aunque existen publicaciones centradas en este tipo de intervenciones desde inicios de la década de los noventa, no es hasta los últimos 15 años cuando se han ido estableciendo diversos programas en varios equipos. Son de referencia los de Madrid: Fuenlabrada-Leganés, Alcalá de Henares, Fuencarral; Avilés en Asturias; Málaga o Barcelona.

Entre la variedad de tipos de programas que se han ido desarrollando para la atención en la comunidad a pacientes con trastornos mentales severos, el TAC representa la modalidad más completa e intensiva. El resto de modalidades que se proponen intervenir intentando facilitar la concordancia y congruencia de las distintas intervenciones, y la continuidad de cuidados se conocen genéricamente como programas de "case management".

# TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

## TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario son utilizados como la forma más efectiva de proporcionar atención integral –mediante un constante apoyo a nivel tanto clínico como personal y social- y continuada a un grupo de población con características especiales, entre ellas padecer un trastorno mental grave, con el objetivo concreto de proporcionar los medios para que puedan alcanzar una mayor calidad de vida, el máximo nivel de integración social y relaciones interpersonales entre otros.

El inicio de estos programas nace al considerar que la escasa evolución favorable de los pacientes con trastorno mental severo a nivel ambulatorio, sus dificultades en adaptación social y que la tendencia al reingreso están directamente relacionados con planes de tratamiento erróneos, no por el trastorno en sí. Es importante tener en cuenta numerosos factores que influirán en la evolución del paciente como mantener la motivación del paciente, psicoeducación de paciente y familia o red social, apoyo en necesidades básicas de la vida diaria de cualquier individuo como acceso a una vivienda, alimentación o manejo de recursos comunitarios, seguimiento continuado con la premisa de que son pacientes con tendencia al abandono y a no solicitar ayuda sobretodo en momentos de descompensación, todo ello fomentando la autonomía, sin establecer relaciones de dependencia con el equipo.

Los planes de actuación serán siempre individualizados, a la medida de las necesidades y características de cada paciente.

Los objetivos serán desarrollados al inicio del tratamiento, aunque pueden ser reevaluados durante el seguimiento y modificarse según las circunstancias y necesidades del paciente, primando la evitación de descompensaciones y reingresos hospitalarios, educación y entrenamiento en habilidades básicas instrumentales y sociales para desenvolverse en la comunidad.

### PASOS DE FUNCIONAMIENTO ESTANDAR

- Evaluación de la demanda y propuesta de objetivos de cada paciente de forma individualizada.
- Proceso de acogida y establecimiento de una alianza terapéutica.
- Plan individualizado de seguimiento y cuidados, acordado con el paciente incluyendo control de adherencia al tratamiento, psicoeducación, apoyo y asesoramiento.
- Actividades centradas en el entorno del paciente incluyendo coordinación con dispositivos, recursos comunitarios y familia o cuidadores.
- Intervenciones en crisis.
- Evaluación periódica de los casos y programa.
- Control de resultados.

El equipo estará formado por un equipo multidisciplinar –psiquiatra, enfermería y terapeuta ocupacional- ya que se asume que la presencia de profesionales de diversas disciplinas es necesaria para la atención integral de personas con enfermedades mentales severas. Sobre este equipo recae la responsabilidad total del tratamiento y evolución del paciente, intentando mantener una proporción de 1: 10 profesionales/paciente y una organización del equipo que permitía la posibilidad de intervención en crisis, la decisión del ingreso hospitalario y del alta.

## TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

La base de la intervención es domiciliaria, con una frecuencia de contacto elevada, evitando la desconexión del paciente del equipo y actuando como enlace con otros servicios y dispositivos.

Los criterios de inclusión del paciente en el programa deben estar bien definidos.

Una propuesta como criterios de inclusión serían:

- Personas con enfermedad psiquiátrica grave y persistente que afecta a su vida en la comunidad, dando prioridad a personas con esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar.
- Personas con afectaciones funcionales significativas en alguna de las siguientes áreas como dificultades en desempeñar actividades básicas de la vida diaria, dificultades en mantener autosuficiencia o empleo y dificultades en mantener situación de vida segura.
- Personas con alta necesidad de servicios como antecedentes de más de 2 ingresos hospitalarios al año o gran consumo de servicios de urgencias, dificultades en mantener situaciones básicas de supervivencia, dificultades en acceso a servicios convencionales o residir en unidades o pisos supervisados.

Áreas de intervención:

- Búsqueda de recursos para mantener alojamiento adecuado en base a las necesidades del paciente. Coordinación de recursos.
- Ayuda en gestiones económicas (ayudas económicas, pensiones y manejo del presupuesto) y administrativas (acompañamiento y apoyo en renovación de documentos, solicitudes).
- Entrenamiento en habilidades sociales, básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Seguimiento médico-psiquiátrico. Manejo correcto del tratamiento psicofarmacológico. Evaluaciones continuadas de la evolución psicopatológica. Apoyo psicológico. Identificación y afrontamiento de conflictos.
- Psicoeducación a paciente y familiares.
- Integración socio-laboral (pertenencia a asociaciones, centros de día, talleres).
- Intervención en crisis.

## RESULTADOS

Desde el inicio de la aplicación del programa se observa una mayor estabilidad psicopatológica, disminuyendo el número de reingresos hospitalarios manteniendo una mayor autonomía en el domicilio con o sin necesidad de algún tipo de apoyo en este y mayor satisfacción de pacientes y familiares.

Los pacientes tienen mayor capacidad para llevar una vida independiente, con menos situaciones de abandono, mayor número y calidad de relaciones sociales e interpersonales. Numerosos estudios indican que los pacientes que forman parte de este programa se desvinculan con más dificultad, ingresan menos y sus ingresos son más breves que los pacientes que reciben un tratamiento estándar.

Desde el punto de vista del coste-efectividad existe una mejoría en la calidad de vida del paciente y produce una mayor satisfacción en los y las pacientes y sus familiares con un gasto menor que el que habría originado el paciente hospitalizado.

## ALGUNAS CUESTIONES ÉTICAS

Una de las objeciones que más frecuentemente se plantean ante el inicio del programa consiste en la invasión o irrupción de los servicios de TCA en la vida de personas con enfermedades mentales severas que no desean mantener contacto con los servicios de salud mental, sin existir una obligación legal, y que puede suponer una violación de la autonomía y la privacidad de los pacientes. Es un método de intervención más intrusivo que otros tratamientos en Unidades de Salud Mental, en los que el usuario puede decidir si acudir o no a las citas, si continuar el tratamiento o no sin estar bajo el control de profesionales sanitarios.

## CONCLUSIONES

La base de la eficacia del programa TCA se basa en la atención integral del paciente, de forma continuada, mediante el trabajo conjunto por parte de un equipo multidisciplinar entrenado. Es importante hacer énfasis en ser especialmente activos o asertivos en el establecimiento del contacto inicial para favorecer una buena y estable alianza terapéutica, trabajando siempre con una baja proporción (10-15:1) pacientes/profesional con el fin de asegurar un servicio personalizado e individualizado satisfaciendo las necesidades de cada paciente mediante contactos domiciliarios frecuentes y flexibles y un tratamiento psicofarmacológico y psicosocial adecuado, favoreciendo la evolución favorable del trastorno y evitando reingresos hospitalarios así como el estigma social derivado de repetidas y severas recaídas.

Los servicios ofrecidos por los equipos de TCA no tienen una duración preestablecida, sino que son prestados mientras que las necesidades del paciente así lo requieran, teniendo la posibilidad de intervenir en crisis para poder evitar recaídas y reingresos y con ello la estigmatización del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- AEN. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Ed AEN-Cuadernos técnicos, nº 6. Madrid 2002.
- Priebe S, Frottier P, Gardini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R, Munk-Jørgensen P, Walsh D, Wiersma D, Wright D. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv.* 2008 May;59(5):570-3.
- Vázquez-Barquero JL, García J, Torres-González F. Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2001;(410):89-95.
- Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo avilés *Archivos de psiquiatría*, Vol. 70, Nº. 2, 2007, pags. 77-82
- Alonso Suarez, M; Bravo Ortiz, M F y Fernandez Liria, A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004, n.92, pp. 25-51.
- D López Gómez. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitacion psicosocial.* 2006;3:17-25.