

Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés

Juan José MARTÍNEZ JAMBRINA*; Enrique PEÑUELAS CARNICERO**

Los análisis que han realizado diversos autores sobre los procesos de reforma psiquiátrica concuerdan en que no ha habido un desarrollo homogéneo y, en ocasiones, ni siquiera coherente.¹ También suele existir coincidencia a la hora de señalar los factores que justificarían el escaso desarrollo y una repercusión negativa en los modelos avanzados de reforma o en «tercera fase», como se denominan aquellos en los que se postula «una nueva manera de entender el manejo de la enfermedad mental, las relaciones de los enfermos psiquiátricos con la sociedad y la provisión de las medidas asistenciales precisas para satisfacer sus necesidades». Los dos factores principales serían: 1) El insuficiente desarrollo en la comunidad de estructuras o dispositivos intermedios y de apoyo, así como de programas de rehabilitación y acogida de los pacientes, y 2) Notoria insuficiencia de las formas más propiamente comunitarias de actuación como puede ser la continuidad de cuidados (expresada en la intervención en crisis, visitas domiciliarias, etc.)

A estos factores citados habría que añadir la insuficiencia de la clínica y de las clasificaciones que, aunque persistente y tenazmente negada, importa señalar por el sesgo que conlleva su utilización. Y es que un grupo importante de nuestros usuarios son pacientes graves con variadas categorías diagnósticas, cuyos síntomas son suficientemente importantes como para interferir en las capacidades funcionales de la vida diaria: autocuidado, relaciones sociales y laborales, aprendizaje, ocio, etc. Esa gravedad puede amortiguarse o agudizarse dependiendo de la riqueza, densidad y diversidad de la red social en la que estos pacientes están insertos, pudiendo generar en ellos un mayor o menor grado de afrontamiento, como numerosos estudios han confirmado.²⁻⁴ Ello supone que desde el diagnóstico y los elementos clínicos no podemos realizar un pronóstico. Y es que ningún diagnóstico

* Psiquiatra. Coordinador del Servicio de Salud Mental de Avilés, Asturias.

** Psiquiatra. Jefe de Servicio. Presidente de la Asociación Asturiana de Rehabilitación Psicosocial, Asturias.

Correspondencia: Dr. Juan José Martínez Jambrina. Servicio de Salud Mental, Avilés, Asturias. Correo electrónico: jjmjambrina@gmail.com

define totalmente a una persona; tiene ese trastorno pero también tiene otras cosas; el diagnóstico no quiere decir nada inevitable, no tiene suficiente capacidad predictora y algunos estudios epidemiológicos así lo atestiguan.⁵⁻⁷ Y cuando las ciencias tienden hoy en día a la complejidad nos encontramos —a veces con demasiada frecuencia— con simplificaciones elementales. Frente a este reduccionismo en la práctica clínica en Salud Mental, en la que el profesional «se queda» con las partes enfermas excluyendo otras que pertenecen al cuerpo social —con las que generalmente no sabe qué hacer y con las que idea una diversidad de entidades nosográficas que resultan insuficientes a la hora de construir intervenciones— frente a ese reduccionismo, se hace necesario un aporte extraclínico para poder hacer una lectura integral de la realidad del sujeto. Y es el conocimiento de esa realidad el que posibilita intervenciones desde distintos niveles organizativos de una manera compleja y no lineal en los problemas de Salud Mental, sobre todo en los más graves. De ahí la necesidad de contemplar simultáneamente aspectos variados que tendrán su reflejo en el proceso terapéutico porque esa intervención, la actuación con los pacientes, relega el diagnóstico, le confiere otro significado en términos de pronóstico, discapacidad y calidad de vida. Por eso, por esa complejidad, desde la práctica de la atención a las personas con trastornos mentales graves, el operador que articula y amplía los sistemas de referencia debe ser el equipo multi e interdisciplinario enriquecido con «aportes y suministros» de otros servicios y agencias, que van desde dispositivos específicos de la red de Salud Mental (estructuras intermedias, por ejemplo), con los cuidados convencionales que prestan, a los recursos comunitarios (inespecíficos) y los cuidados informales cuya potencialidad terapéutica es una fuente que está lejos de ser, primero aprovechada y, después, agotada.

En un artículo que comenta la tendencia de la psiquiatría comunitaria a la multidimensionalidad señala Ramos Montes⁸ que «hay que avanzar hacia el reto de la complejidad de servicios, creando sistemas integrados de cuidados, reforzando los criterios organizativos y evaluando coste-efectividad»; estamos totalmente de acuerdo... Además habría que resaltar algo que enfatiza el autor: que «el enfoque asistencial basado en un solo eje teórico no puede nunca reivindicarse como un modelo comunitario»; esto, escrito en el 2000, se viene diciendo —que no ejerciendo— desde hace tiempo.

Más atrás se ha comentado el consenso de los autores en los últimos años sobre el insuficiente desarrollo de la continuidad de cuidados en los procesos de reforma psiquiátrica. En 1997, Schreter⁹ diseña un cuadro de propósitos de futuro para el siglo XXI (*Psychiatric care for the 21st century*) enfatizando que se exigirá y se desarrollará la continuidad de cuidados. Se exigirá y desarrollará dice. La noción de continuidad de cuidados está histórica e implícitamente unida a los enfermos mentales crónicos y graves y no tiene nada que ver con una relación permanente con un mismo servicio al que queda «pegado» el paciente.

La observación de nuevos modelos de cronicidad confirmando la hipótesis de que ésta es un fenómeno policausal (no solo fruto de la atmósfera hospitalaria, manico-

mial, ni sólo una supuesta connatural evolución de la enfermedad) y los nuevos patrones de utilización de servicios obligan a plantearse estrategias que den respuesta a las necesidades diferenciadas del paciente en los diversos momentos de su proceso, y en esto consiste en esencia la llamada continuidad de cuidados que muchos han considerado como el principio fundamental de la psiquiatría comunitaria. No debe olvidarse el significado que en la literatura anglosajona tiene el término cuidados (el que como técnicos utilizamos) significando o incluyendo en sentido amplio: tratamiento, rehabilitación, apoyo y soporte. Y esto debe resaltarse porque de ese significado deriva su asociación con la interdisciplinariedad, ya que es imposible la satisfacción de las necesidades citadas del paciente sin la concurrencia de disciplinas y estructuras diversificadas y que tienen su lugar de acción en el espacio comunitario, espacio que por otra parte contiene y da forma a la existencia normal y patológica del sujeto. Así se puede entender como función básica de la continuidad de cuidados el acompañamiento en las necesarias transiciones, así como el trabajo de ir desplazando y diversificando vínculos, haciendo más complejas y más ricas las relaciones. Y esa interdisciplinariedad aludida, no exenta de dificultades, confusiones e interdicciones entre unos y otros como se ha señalado en varios estudios^{10,11} y cuya acción, el trabajo interdisciplinario para el que no se precisa siquiera estar en un mismo equipo ni depender de la misma administración sino confluir, trabajar y aunar intervenciones, teniendo claros los límites del saber de cada uno y respetando los campos de conocimiento de los otros, ese trabajo supone tanto articularse como interactuar sobre una problemática concreta, además de delimitar las tareas y coordinar las intervenciones que permitan la continuidad de cuidados. Y un trabajo así concebido permite que se racionalicen y se utilicen eficazmente los recursos, sin que se dupliquen los servicios y profesionales, sin que se repitan actuaciones o se «deriven» los casos sin continuidad ni coordinación.

En este trabajo interdisciplinario hay que destacar en los equipos de Salud Mental una figura, la del responsable del caso, llamado de diferentes formas en la literatura especializada (tutor, guía, etc.). El objetivo que pretende esta figura es evitar el desamparo y fragmentación asistencial y asegurar la continuidad de cuidados, siendo conocidos los riesgos de la circulación de pacientes por diversos servicios sin la existencia de referentes cuando se adoptan decisiones vitales para el paciente. Se trata de superar esa confusión frecuente que se da al considerar la continuidad asistencial (de un centro a un dispositivo u otro, pero sin conexión) como una continuidad de cuidados que como vemos, son distintos o muy diferentes en las características de las intervenciones y la consecución de las metas propuestas en los programas de atención dirigidos a estos pacientes gravemente perturbados. Programas de atención que entendemos como un conjunto de acciones y actuaciones tendentes a que las personas con discapacidades psíquicas puedan lograr un funcionamiento lo más adecuado posible utilizando al máximo sus recursos y capacidades, las que mantienen y las que puedan construir habilitándoles para ello, en un contexto social normal y llegar a desenvolver-

se de tal forma que las intervenciones y la organización de los servicios tengan como objetivo fundamental activar y no invalidar las capacidades del sujeto.

Estos programas de atención y las consiguientes formas de intervención deben ser prioritariamente integradas, de forma que permitan articular intervenciones farmacológicas adecuadamente refrendadas por la literatura internacional, intervenciones psicológicas que posibiliten abordajes psicoterapéuticos desde los diferentes modelos y escuelas, todo ello con las necesarias intervenciones sociales, familiares y laborales.

Hablábamos de la continuidad de cuidados. De las características básicas que se han atribuido a la continuidad de cuidados, queremos resaltar la transversal o sincrónica por lo que significa organizativamente para los servicios, que asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente, éste pueda recibir una variedad de servicios relativos a sus múltiples necesidades. Estas posibles aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que puede cubrir desde áreas de atención médica, a proporcionar asilo, alojamiento y acomodación o capacidad laboral y oportunidades de empleo. Bien es cierto que esta integralidad de lo biológico, psicológico y social constituye un entramado de relaciones mucho más complejas de lo que se suele pensar y en cualquier programa de atención diseñado para enfrentar el problema de los trastornos mentales graves, hay que tener presente la complejidad de esta interrelación, porque todo programa integrado de atención a pacientes graves debe tener como meta y horizonte el espacio de la vida común, el entramado social donde viven los individuos y la creación de nuevos vínculos sociales, la creación de expectativas, proyectos vitales y habilidades, que permitan acceder a otros espacios y promuevan y garanticen la interacción.

Toda esta complejidad de programas terapéuticos no puede ser asumida por un solo profesional dada su imposibilidad para dar respuesta a todos los aspectos de los que estamos hablando; por ello, todas las actuaciones deben asentarse en un *equipo* terapéutico. La diferencia conceptual es importante por lo que significa un modelo de atención tradicional (y actual), o bien desde la perspectiva de la Psiquiatría Comunitaria que enfatiza la intervención del equipo.

Se ha tratado anteriormente del trabajo interdisciplinario; resta decir que el trabajo en equipo en Salud Mental es complicado y que se tarda en configurar un equipo integrado y cohesionado y que el riesgo de escisión está presente; escisión que de producirse, anularía su eficacia al fragmentar con ello las competencias, perdiéndose la posible convergencia de conocimientos y actuaciones. Como puede comprenderse, la complejidad de los programas a que antes se hacía alusión requiere una diversidad de servicios que posibiliten la creación de una dinámica de «pasos y transiciones», necesarios en todo proceso de desarrollo, e introduce asimismo, una representación de movilidad opuesta al estatismo y a la fijación institucional —es decir a la burocratización— que representa el estereotipo de la cronicidad.

Para realizar estos pasos y transiciones son imprescindibles las funciones de soporte y acompañamiento por parte de los profesionales a su cuidado. Por una parte, el acompañamiento, función no valorada por muchos clínicos y a la que se tiende a desacreditar. Acompañamiento como función de mediación con lo real, con el hacer cotidiano, favoreciendo la evolución progresiva a ocupar espacios comunitarios facilitando el aprendizaje *in situ* a nuevas experiencias, revalorizando su vida psíquica y como afirma Racamier: «Despertando en ellos, los pequeños, los más pequeños placeres de la vida».¹² El acompañamiento trata, pues, de dar un soporte gradual para que el individuo logre más autonomía.

La otra función importante es la de proporcionar soporte social. Sabemos que el ambiente en que se desenvuelve la vida de las personas no es un decorado o trasfondo en su conducta sino que constituye un intercambio de acciones que proporciona el contexto en el cual se entiende la conducta. Y es en donde se ejerce como sujeto, como ciudadano. Al principio de este escrito se comentaban los estudios relativos al papel amortiguador del soporte social frente a múltiples estresores sobre la salud mental. De ahí el interés por las funciones de mediación para conseguir el aprovechamiento de la densidad de la red social para proporcionar soporte social cuyos contenidos tienen que ver con suministros de confianza y empatía (emocionales), ayudas en la búsqueda de prestaciones de todo tipo, desde ayuda a domicilio, pensiones, habilidades, etc. (de tipo instrumental o instrumentales) o a través del consejo, o de la comunicación y orientación sobre recursos y oportunidades (o sea, informativo), y por otra parte aporte de *feedback* (valorativo).

En el área sanitaria de Avilés, desde hace años, gracias al sistema de Registro de Casos Psiquiátricos, teníamos constancia del número de casos graves, de las «pérdidas» de muchos de esos casos, de la utilización reiterada de las urgencias hospitalarias ante las descompensaciones. Y nos hicimos unas preguntas: ¿Es posible mantener en la comunidad al grupo de trastornos mentales más graves?, ¿se pueden disminuir los índices de urgencias y reingresos hospitalarios de ese grupo?, ¿es posible disminuir la estancia media con respecto a hospitalizaciones previas?, ¿es posible un aumento de la adherencia a los servicios de Salud Mental?, ¿se pueden disminuir las recaídas, suicidios y tentativas?, y ¿se puede mejorar la calidad de vida personas con trastornos mentales graves y de sus familiares con intervenciones de los servicios de Salud Mental?

Algunos pensamos que para todas estas preguntas existen respuestas positivas que hemos intentado canalizar a través del *Modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario*. Desde junio de 1999 funciona en Avilés el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario que ha sido reconocido como «Ejemplo de buenas prácticas» en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2006.¹³

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un componente clave del sistema de atención a los enfermos mentales graves tanto en los Estados Unidos como en

Inglaterra¹⁴ y su efectividad está avalada por numerosos estudios.¹⁵ Pensamos que su incorporación al catálogo de prestaciones del sistema sanitario español necesita de una serie de variaciones con respecto a los modelos originales que en nada desvirtúan la filosofía básica que sostiene el TAC. De la experiencia acumulada a lo largo de estos años para implantar y desarrollar nuestro Equipo de TAC da cuenta el Modelo Avilés.

BIBLIOGRAFÍA

1. García J, Vázquez-Barquero JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(5):281-91.
2. Cassel J. Psychosocial processes and «stress»: theoretical formulation. *Int J Health Serv.* 1974;4(3): 471- 82.
3. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976; 38(5): 300-14.
4. Kuipers L. Expressed Emotion in 1991. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1992;27(1):1-3.
5. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry.* 1980;136:413-20.
6. Jablensky A, Hugler H. Possibilities and limitations of psychiatric epidemiological surveys of geographically defined populations in Europe. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1982;50(7):215-39.
7. Zubin J. Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia? *Schizophr Bull.* 1985;11(3):461-70.
8. Ramos Montes J. De la antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria: hacia una psiquiatría de la complejidad. En: Vallejo-Ruiloba J, editor. *Update Psiquiatría.* Barcelona: Masson; 2000.
9. Schreter RK. Psychiatric care for the 21st century. *Psychiatr Serv.* 1997;48:1245-6.
10. Ibáñez ML, Alfaya M, Escudero C, Navarro A, Otero C, Pascual P *et al.* El reto del trabajo interdisciplinar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2001;79:91-9.
11. Menéndez F. Interdisciplinariedad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 1998;65: 145-50.
12. Racamier PC. *Los esquizofrénicos.* Madrid: Biblioteca Nueva; 1983.
13. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006;* Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
14. Killaspy H. Assertive Community Treatment in psychiatry. *BMJ.* 2007;335:311-2.
15. Marshall M, Lockwood A. Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998;(2):CD001089.