

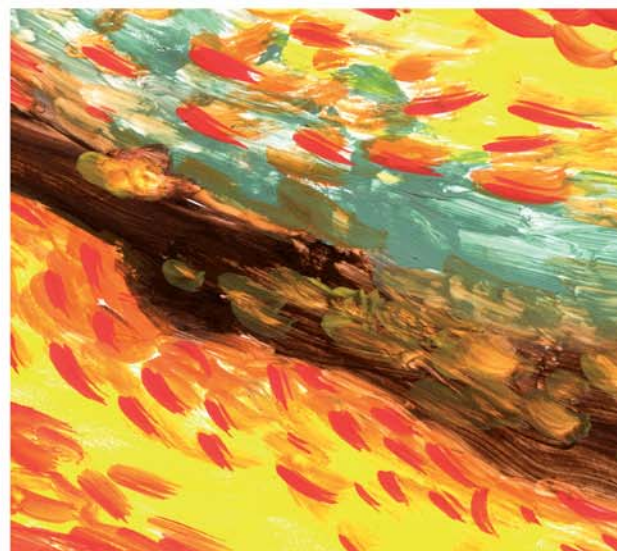
TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

JOSÉ LÓPEZ SANTIAGO

Psicólogo Clínico

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)



FOCAD **FORMACIÓN**

continuada a distancia



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental	
FICHA 1.....	17
Intervenciones terapéuticas que pueden implementarse en un TAC	
FICHA 2	19
Las intervenciones comunitarias domiciliarias	

Documento base.

Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental

CONTENIDO DEL TEXTO

- I. INTRODUCCIÓN
- II. GESTIÓN DE CASOS O TAC
- III. CARACTERÍSTICAS DEL TAC
- IV. ¿A QUIÉN VA DESTINADO?
- V. RESULTADOS DE EFECTIVAD DEL MODELO Y DIFUSIÓN
- VI. FUNCIONAMIENTO DEL TAC
 - VI.1 FILOSOFÍA ASERTIVA
 - VI.2 CAPACIDAD E INTENSIDAD DEL SERVICIO
 - VI.3. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN
 - VI.3.1. Equipo multidisciplinar
 - VI.3.2. Trabajo en equipo y coordinación de cuidados
 - VI.3.3. Intervención en la comunidad
 - VI.3.4. Plan de tratamiento y prestación directa de servicios
 - VI.4. ATENCIÓN ILIMITADA EN EL TIEMPO
- VII. SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DEL TAC EN ESPAÑA
- VIII. LECTURAS PARA PROFUNDIZAR
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. INTRODUCCIÓN

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) es un modelo de intervención intensiva e integral para el tratamiento de los trastornos mentales graves (TMG) que tienen dificultades para adaptarse y vivir autónomamente en la comunidad. El modelo tiene una larga historia (Dixon, 2000). Se originó a principios de la década de 1970, en el medio oeste de los Estados Unidos (EUA) y su gestación es atribuida a Arnold Marx (M.D.), Leonard Stein (M.D.) y Mary Ann Test (Ph.D.) del Instituto de Salud Mental de Mendota en Madison (Wisconsin). El programa, denominado en su origen *Trainig in Community Living*¹, surgió como un intento de dar solución a los problemas de los TMG tras los procesos de desinstitucionalización (Desviat, 1995, Desviat, 2000), que ocasionaron a los pacientes graves dificultades de adaptación en la comunidad y dio lugar al fenómeno de “puerta giratoria” (Stein y Test, 1998), es decir, múltiples reingresos en unidades hospitalarias. La denominación más aceptada en la actualidad es la de Tratamiento Asertivo Comunitario (*Assertive Community Treatment*, en inglés) pero son otras los nombres que pueden hacer referencia al mismo modelo: Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, Equipo de Tratamiento Continuado, Programas de Apoyo Comunitario, Gestión de Casos Intensiva o *Assertive Outreach*² (Mueser, Bond, Drake y Resnick, 1998; Stein y Test, 1998, Department of Health, 2001)

Desde su inicio, una de las principales preocupaciones de sus promotores fue mostrar la efectividad del modelo (Marx, Test y Stein, 1973; Stein, Test y Marx, 1975), tanto desde el punto de vista psicopatológico, del funcionamiento psicosocial, como del coste económico (Stein y Test, 1980; Test y Stein, 1980; Weisbrod, Test, Stein, 1980). Pronto surgieron replicas que confirmaron los resultados en otras latitudes, por ejemplo en Australia (Hoult y Reynolds, 1984), lo que facilitó una enorme difusión dentro del contexto anglosajón y muy especialmente en los EUA, donde en 1995 son identificados 322 equipos en 33 de los 50 estados (Deci et al, 1995).

¹ Traducido en castellano como “Tratamiento total en la comunidad” (Hernández Monsalve, 2000, 2003).

² Outreach es un término utilizado en el Reino Unido (RU) para referirse a los modelos TAC (Department of Health, 2001). Es un término de difícil traducción y, aplicado a intervenciones psicosociales, se refiere a aquellas que intentan proporcionar servicios más allá de los límites convencionales, en la atención de poblaciones especialmente necesitadas. En este texto mantendremos el término original, sin traducir, de *Assertive Outreach* al referirnos al modelo implementado en el RU.

II. GESTIÓN DE CASOS O TAC

El TAC puede inscribirse dentro de los modelos de gestión de casos (*case management*) que son desarrollados tras los procesos de desinstitucionalización, con la finalidad de poder garantizar la atención y la utilización de recursos por parte de los TMG (Mueser et al, 1998; Rosen y Teeson, 2001). Sin embargo, dadas las características particulares del TAC (ver tabla 1 o más adelante), para muchos autores la gestión de casos (GC) y el TAC son dos modelos diferentes de afrontar los problemas de los TMG (Marshall y Lockwood, 2000; Stein, 1992). Mueser et al (1998) han presentado una organización de los diferentes modelos de gestión de casos, desde el que denomina de agente (*broker*, traducido como “corretaje” en Hernández Monsalve, 2000; 2003) hasta el TAC y la GC intensiva, tomando en cuenta su grado de intensidad y su implicación en intervenciones clínicas de forma directa (ver tabla 2). La diferencia fundamental entre el TAC y el concepto de GC (independientemente del grado de intensidad del mismo) es que en el TAC el trabajo se realiza en equipo, quien de forma exclusiva e independiente se ocupa de un número determinado de pacientes y tiene la responsabilidad directa de dar respuesta a sus necesidades (Phillips et al, 2001, Stein y Santos, 1998). Mientras que en la GC la intervención se realiza por profesionales adscritos a las unidades de salud mental ambulatoria (y no por equipos independientes). Es la figura específica del gestor de casos (habitualmente personal de enfermería o trabajo social) quien garantiza la continuidad de la asistencia y la comunicación e interrelación entre los diferentes dispositivos que intervienen (Fernández Liria, García Rojo, 1990; Thornicroft, 1991).

III. CARACTERÍSTICAS DEL TAC

El interés de los defensores del TAC por su promoción y por su diferenciación con otros modelos de asistencia a los TMG, hace muy sencilla la tarea de definirlo. Son varios los decálogos que resumen las características del TAC, siendo uno de los más referidos el de Phillips et al (2001) (ver tabla 1). Allness y Knoedler (2003) en el “Programa Nacional de Estándares para equipos TAC” lo definen de forma exhaustiva del siguiente modo:

Es un programa de salud mental autónomo, compuesto por un equipo multidisciplinar, incluyendo un igual especialista [es decir, un paciente con TMG miembro del equipo], que trabaja en equipo para proporcionar la mayoría de los tratamientos, rehabilitación y apoyo para cubrir las necesidades y lograr sus metas. El TAC es individualizado para cada cliente a través de la construcción de una relación, individualizando la evaluación y los planes, y está activamente involucrado con el cliente para lograr mantenerse en su residencia, encontrar y

TABLA 2 10 PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (Phillips et al 2001)	
1.	El servicio es ofrecido a un grupo específico de personas con TMG.
2.	Más que gestionar servicios, tratamiento, apoyo o rehabilitación, los servicios son proporcionados directamente por el equipo de TAC.
3.	Los miembros del equipo comparten la responsabilidad de los pacientes incluidos.
4.	La ratio profesional paciente es baja (aproximadamente 1:10)
5.	El alcance de los tratamientos y servicios es comprensivo y flexible.
6.	Las intervenciones son trasladadas al lugar en el que está el problema y el apoyo es necesario, más que realizarlo en la consulta o en el hospital.
7.	No existe un límite de tiempo arbitrario en la duración de la atención.
8.	Los tratamientos y apoyos son individualizados.
9.	La atención cubre las 24 horas del día.
10.	El equipo es asertivo a la hora de enganchar a los pacientes al tratamiento y los progresos son monitorizados.

TABLA 1 RASGOS DIFERENCIALES DE MODELOS DE CUIDADOS COMUNITARIOS (TOMADA DE MUESER, 1998)						
Característica	Agente	GC Clínico	Fortalezas	Rehabilitación	GC intensivo	TAC
Propor. Prof:pac	1:50	1:30+	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Seguimiento activo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Casos compartidos	No	No	No	No	No	Si
Cobertura 24h	No	No	No	No	Frecuent.	Frec.
Énfasis en entrenamiento en HH	No	Bajo	Moderado	Alto	Moderado	Moder.
Frecuencia de contacto	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Lugar de contacto	Clínica	Clínica	Comunidad	Clín/comun.	Comunidad	Comunid.
Integración del tratamiento	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Provisión directa de servicios	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Población diana	TMG	TMG	TMG	TMG	TMG Hiperfrecuentadores	

mantener trabajo en la comunidad, manejar mejor los síntomas, alcanzar las metas individuales, mantener el optimismo y recuperarse. El TAC se desplaza y desarrolla su actividad en la comunidad más que esperar que el paciente acuda al programa. El 75% de la atención se desarrolla fuera de la oficina. Los clientes a los que va destinado son TMG con complejas necesidades que tienen devastadores efectos sobre su funcionamiento y, debido a las limitaciones de los servicios de salud mental, no han podido acceder a los apropiados servicios. No debe tener más de 8-10 clientes por miembro del equipo. (p. 4).

Gold, Meisler, Santos, Keleher, Becker, Knoelder, et al (2003) han definido el modelo a partir de 7 principios, cada uno de ellos vinculado con unos servicios, con un proceso de cambio y con los deseos y necesidades de los pacientes. Estos principios son: atención centrada en el paciente, disponibilidad, continuidad, intervención comprensiva, alianza con otros apoyos comunitarios y responsabilidad.

En la misma línea de operacionalización del TAC y con el fin de diferenciarlo de otros modos de gestionar la atención clínica a los TMG, Teague, Bond y Drake (1998) desarrollaron una escala, enmarcada en el contexto del estudio de la fidelidad y generalización de las intervenciones terapéuticas (Mowbray, Holter, Teague y Bybee, 2003), denominada Escala de Darthmound de fidelidad del TAC (DACTS, acrónimo en inglés), que también puede ayudarnos a comprender, por un lado, las características del TAC, y por otro, el esfuerzo que, desde el modelo estadounidense, se ha realizado para defender una aproximación muy concreta de lo que debe consistir el TAC. Mantener una elevada fidelidad con el modelo ha sido interpretado como un indicador de mejores resultados (Bond, Drake, Mueser y Latimer, 2001; Dixon, 2000, Latimer, 1999; McHugo, Drake, Teague, Xie, 1999), aunque no siempre la fidelidad con la escala DACTS se ha podido asociar con intervenciones más efectivas (Bond y Salyers, 2004). En la tabla 3 se presenta la descripción de los ítems de la escala.

IV. ¿A QUIÉN VA DESTINADO?

Aunque cualquier paciente con TMG puede beneficiarse del TAC, debido a la intensidad de la atención y la cantidad de recursos puestos en

TABLA 3
DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DACTS (Fuente: Winter y Calsyn, 2000)

ITEM	DESCRIPCIÓN
Pequeña proporción de casos	Ratio paciente/profesional 10:1
Aproximación en equipo	Funcionamiento de equipo más que como profesionales individuales. Los clínicos conocen y trabajan con todo el equipo.
Reuniones programadas	Existen de forma frecuente reuniones programadas para planificar y revisar la intervención para cada paciente.
Líder o responsable	Supervisor de los clínicos de "primera línea", proporciona servicios directamente.
Continuidad del equipo	El programa mantiene a los mismos miembros en el tiempo
Dedicación del equipo	La dedicación de los miembros es exclusiva
Psiquiatra	Al menos un psiquiatra a tiempo completo por 100 pacientes
Enfermera	Al menos 2 enfermeras a tiempo completo por 100 pacientes
Especialistas en abuso de sustancias	Un programa de 100 pacientes incluye al menos 2 profesionales con un año de formación o de experiencia clínica en abuso de sustancias
Especialista vocacional	Un programa de 100 pacientes incluye al menos 1 profesional con un año de formación/experiencia en rehabilitación vocacional y apoyo
Criterios específicos de admisión	El programa tiene claramente delimitada la función de atender a un grupo específico de población y utiliza criterios de admisión definidos operacionalmente.
Ratio de admisiones	El programa admite nuevos cliente con una ratio baja, de modo que permita desarrollar adecuadamente el proceso de evaluación.
Total responsabilidad	Además de la gestión del caso el equipo proporciona directamente consejo/psicoterapia, apoyo domiciliario, tratamiento de adicciones e intervenciones rehabilitadoras y de empleo.
Responsabilidad en la crisis	El programa tiene durante las 24 h. la responsabilidad de dar cobertura en las descompensaciones.
Responsabilidad en el ingreso hospitalario	El programa se implicará durante las hospitalizaciones.
Responsabilidad en el plan de alta hospitalario	El programa participará en el plan de alta hospitalaria.
Atención ilimitados en el tiempo	El programa nunca cerrará los casos, siendo punto de contacto para todos los pacientes, cuando éstos lo necesiten.
Atención in-vivo	El programa desarrollará el entrenamiento en habilidades, en el contexto natural más que en la consulta.
No abandonos	Se intentará por diferentes medios que el paciente enganche con el programa intentando evitar abandonos.
Enganche asertivo	Para lograr el enganche el programa utilizará los medios que estén a su alcance incluyendo medidas legales aplicables en cada caso.
Intensidad del servicio	Se utilizará todo el tiempo que sea necesario
Frecuencia de contacto	Se establecerán el número de contactos que se consideren necesarios
Trabajo con el sistema de apoyo	Con o sin la presencia del paciente, el programa proporcionará apoyo y recursos a la red de apoyo: familiares, caseros, empleadores, etc.
Tratamiento individual de abuso de sustancias	Uno o más miembros del equipo proporcionan de forma directa tratamiento para aquellos pacientes con abuso de sustancias
Tratamiento en grupo de abuso de sustancias	El programa utiliza modalidad de tratamiento de grupo para el abuso de sustancias
Modelo de trastorno dual	El programa utiliza modelo de tratamiento de no confrontación, siguiendo principios de conductuales, teniendo en cuenta la interacción con el abuso de sustancia y teniendo una expectativa gradual de la abstinencia.

funcionamiento, el programa está orientado a atender a un determinado grupo de TMG con necesidades complejas, que tienen dificultades para enganchar con los servicios y a menudo requieren readmisión en el hospital. A modo de ejemplo, los Assertive Outreach del RU (Department of Health, 2001) proponen como criterios de inclusión los siguientes:

Adultos entre 18 y 65 años

1. Con trastorno mental grave y persistente asociado con alto grado de discapacidad (esquizofrenia, trastornos afectivos mayores).
2. Un historia de múltiples ingresos o de necesidad de intensivo cuidado domiciliario (más de 2 ingresos o más de 6 meses ingresados en los últimos 2 años).
3. Dificultad de mantener el contacto con los servicios.
4. Múltiples y complejas necesidades:
 - a. Historia de violencia o conflictos.
 - b. Significativo riesgo de auto-agresividad o negligencia.
 - c. Respuesta pobre a tratamientos previos.
 - d. Diagnósticos dual de abuso de sustancias y TMG.
 - e. Problemas de alojamiento o sin techo.

El TAC también ha mostrado ser efectivo en poblaciones específicas como pacientes con patología dual (Drake, McHugo, Clark, Teague, Xie, Miels Ackerson, 1998) o sin techo (Lehman, Dixon, Keman, DeForge, Postrado, 1997).

Los principales OBJETIVOS que se pretenden lograr en el TAC son los siguientes (Allness y Knoedler, 1998; 2003; Department of Health, 2001; Stein y Test, 1998):

- ✓ Desarrollar un enganche significativo con los usuarios, proporcionar intervenciones basadas en evidencia y promover rehabilitación.
- ✓ Mejorar la sintomatología y reducir el malestar subjetivo.
- ✓ Incrementar la estabilidad en la vida de los pacientes dentro de la comunidad, proporcionando oportunidades para su desarrollo y realización personal.
- ✓ Proporcionar un servicio que sea sensible y responsable con las necesidades culturales, religiosas y de género.
- ✓ Apoyar a los usuarios y familiares/cuidadores durante un periodo prolongado.
- ✓ Promover trabajo efectivo y comunicación entre dispositivos.
- ✓ Asegurar evaluación de situaciones de riesgo y su manejo.

V. RESULTADOS DE EFECTIVIDAD DEL MODELO Y DIFUSIÓN

Desde los primeros trabajos de Stein y Test que avalaron su efectividad (pe. Stein et al 1975; Stein y Test, 1980), el TAC se ha convertido en uno de los modelos de tratamiento para los TMG con mayor apoyo empírico (Thornicroft y Tansella, 2004). Son varias las revisiones sistemáticas y meta-análisis que han confirmado los resultados positivos, como son la disminución del número y los días de ingreso, la mejora de la condiciones de vida o la satisfacción de los pacientes (Bond et al 2001; Mueser, Bond Drake y Resnick, 1998; Ziguras y Stuarts, 2000). Lo que ha dado lugar a una gran difusión del TAC, desde de la década de 1980 en la mayor parte de los estados de los EUA (Deci et al 1995;) y a partir de la década de 1990 en el resto del mundo (Burs, Fioritti, Holloway, Malm y Rössler, 2001; Bond et al , 2001), y muy especialmente, desde el principio de esta década en el RU, donde, según el *national service framework of mental health* (Appleby, 2004) en 2004 se contabilizan 263 equipos (*assertive outreach*) en Inglaterra.

Las revisiones Cochrane de finales de la década de 1990 respecto al modelo TAC (Marshall y Lockwood, 2000) y a la GC (Marshall, Gray, Lockwood y Green, 2000) fueron concluyentes a la hora de decantarse por la superioridad del TAC como modelo de referencia para la atención de los TMG. La revisión del TAC (Marshall y Lockwood, 2000) realizada a partir de 17 ensayos controlados con asignación al azar, la mayor parte realizados en EUA, mostraron que es un “enfoque clínicamente eficaz para manejar la atención de personas muy enfermas mentalmente en la comunidad”, reduciendo los costes de la atención hospitalaria, mejorando al mismo tiempo los resultados y la satisfacción del paciente.

Pero a pesar de la contundencia de estos resultados, la superioridad del TAC frente a otros modelos de gestión de los TMG está actualmente en debate. En concreto, los estudios Prism y UK700 (Thornicroft, Wykes, Holloway, et al, 1999; UK700 group, 1999; 2000) realizados en el RU, de incuestionable calidad metodológica, no son concluyentes a la hora de mostrar una superioridad de un modelo de gestión de casos intensivo o asertivo comunitario frente a la

atención comunitaria ambulatoria estándar. Estos resultados han sido interpretados en dos sentidos, en primer lugar se ha indicado que en estos estudios (Prism y UK700) la intervención de los grupos control es de “mayor calidad” que la de los estudios originales que mostraban mayor efectividad del TAC (Test y Stein, 1980), con lo que las diferencias entre la atención estándar y el TAC eran menores, lo que explica la similitud de los resultados entre ambas intervenciones (Fiander, Burns, Mchugo, Drake, 2003). Otros autores han atribuido estos resultados a la falta de fidelidad de las intervenciones evaluadas en los estudios PRISM Y UK700 con el modelo TAC estandarizado, por lo que los resultados desfavorables no podían ser atribuidos propiamente a un tratamiento TAC (Marshall, Bond, Stein, et al 1999; Rosen y Teesson, 2001).

Para resolver este problema metodológico, el reciente estudio REACT, también en el RU (Killaspy, Bebbington, Bizard, et al 2006), fue diseñando controlando la fidelidad del tratamiento TAC comparado, de modo que las conclusiones no pudieran ser interpretadas como falta o limitada fidelidad. Pero a pesar de este control, los resultados son similares a los de los estudios Prism y UK700, concluyendo que el modelo TAC no mejora, respecto al tratamiento comunitario estándar de los equipos de salud mental en el RU (por otra parte, un modelo intensivo e integral de gestión de casos para el TMG –departament of Health, 2002), ni los ingresos hospitalarios ni los resultados clínicos ni sociales (Killaspy et al 2006). Con lo que la situación actual respecto a superioridad del modelo sigue siendo foco de debate. Por último, indicar que en una muy reciente revisión sistemática y meta-regresión (Burns, Catty, Dash, Roberts, Lockwood, Marshall, 2007), los autores concluyen que el TAC es más efectivo especialmente en pacientes de múltiples ingresos y que, de los componentes del modelo TAC, el que parece mejorar más la efectividad es el concepto de trabajo en equipo, no resultando tan importante la ratio profesional/paciente.

Del desarrollo en España daremos cuenta al final del capítulo.

VI. DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL TAC

En este epígrafe nuestro objetivo es presentar, del modo más aplicado que nos sea posible, cuál es el funcionamiento del TAC y en qué consiste su sistema de trabajo. Para su elaboración nos hemos basado fundamentalmente en los manuales de aplicación del TAC de Stein y Santos (1998) y Allness y Knoedler (1998) los estándares de Allness y Knoedler (2003) y del Departament of Health del RU (2001), de algunos trabajos de revisión (McGrew y Bond, 1995; Phillips et al, 2001; Gold, Meisler, Santos et al, 2003; Rosen et al, 2007) y en nuestra experiencia en el PTAC de Albacete (López-Santiago y Gómez, 2012)³.

Las características del modelo TAC pueden organizarse en tres ejes fundamentales. En primer lugar nos referimos a lo que podemos denominar filosofía “asertiva” a la hora de proporcionar tratamiento y apoyo a un grupo de pacientes que, por definición, van a carecer de conciencia de enfermedad o ésta va a ser limitada (Amador, Flaum, Andreasen, Strauss, Yale y Clark, 1994).

El segundo eje se refiere a la capacidad e intensidad del servicio, siendo el TAC, en este aspecto, un modelo de intervención muy diferenciado de la atención ambulatoria, en el que se actúa sobre pocos pacientes y de forma integral, multidisciplinar e intensiva. Y por último, el tercer eje se relaciona con el modo de gestión y organización de la atención característicos del TAC, que específicamente lo diferencia de otros modelos de gestión de casos (Mueser et al, 1998; Hernández Monsalve, 2003).

VI.1 FILOSOFIA ASERTIVA

El término asertivo es el aspecto que mejor define al modelo, aunque su interpretación ha podido ser, en ocasiones, controvertida. El TAC se caracteriza por llevar a cabo acciones decididas, enérgicas y perseverantes para lograr el objetivo de ayudar a los pacientes a vivir de forma satisfactoria en la comunidad. En ocasiones el término ha sido malinterpretado y entendido como acciones coercitivas para mantener bajo control a los pacientes (Stein y Santos, 1998, Rosen, et al 2007). La asertividad se aplica fundamentalmente a la actitud que debe tener el equipo (y no al control sobre el paciente), quien debe continuamente desarrollar acciones, adecuadamente monitorizadas, que puedan incrementar la autonomía del paciente y su calidad de vida. El equipo es el garante de lograr los objetivos del paciente. El concepto queda claramente definido en la descripción que la National Alliance for Mental Ill (NAMI) hace del modelo: *“El TAC es un programa que adapta los servicios de salud mental a las necesidades de los consumidores. El enfo-*

³ Con esta observación se pretende evitar la reiteración de referencias en esta parte del texto con el fin de facilitar una lectura más fluida. Se incluirán únicamente aquellas referencias que, por su especificidad, resulten inevitables.

que comprensivo y práctico del TAC asegura que el consumidor reciba de forma continua y a largo plazo los servicios que necesita” (www.nami.org).⁴

El carácter asertivo ha de ponerse en manifiesto especialmente en las primeras fases de la intervención. Deben realizarse esfuerzos para proporcionar servicios y apoyar a los usuarios, lo que implica llevar a cabo persistentes aproximaciones para obtener enganche, con intentos reiterados y por distintas vías. Para poder lograrlo, las estrategias deben estar focalizadas en favorecer los intereses y demandas de los pacientes y el equipo debe ser capaz de mostrar los beneficios que el contacto con el programa le puede proporcionar. En síntesis, debe ofrecerse un enfoque en positivo, centrado en el paciente y en sus necesidades y demandas. Un ejemplo de *enganche asertivo* se ofrece en el *cuadro 1*.

VI.2. CAPACIDAD E INTENSIDAD DEL SERVICIO

Una de las características principales del TAC, y por la que más frecuentemente es definido, se refiere a la amplitud e intensidad del servicio, que lo ha diferenciado de otras intervenciones de carácter comunitario y basadas en la gestión de casos (Mueser et al, 1998). Tres son los aspectos vinculados con la capacidad e intensidad del servicio. En primer lugar el equipo tiene la responsabilidad completa sobre un número de casos concretos, con una baja ratio profesional/paciente, nunca mayor de 1:12, idealmente 1:10 y de 1:8 en contexto rural. En segundo lugar, se plantea que la cobertura por el equipo idealmente ha de ser de 24 horas, 7 días de la semana (Allness y Knoedler, 2000), es decir, el equipo está capacitado para intervenir y apoyar al paciente en todo momento. Obviamente no en todos los momentos del día la disponibilidad de la atención será la misma. Este aspecto es flexibilizado en los Assertive Outreach del RU, en los que la atención del equipo se establece durante 12 horas, de 8h a 20h, todos los días de la semana. Fuera de este horario se establece que un miembro del equipo pueda estar localizado telefónicamente, quien deberá coordinarse con el equipo de atención en crisis si surgiera una situación de urgencia. Los equipos de atención en crisis y los Assertive Outreach son desarrollados en el RU conjuntamente dentro de una política de modernización de los servicios de salud mental, basada en la efectividad y los resultados (Department of Health, 2001; Holloway, 2002).

El tercer aspecto relacionado con la intensidad es la frecuencia de contacto. Por definición el equipo tiene la posibilidad de actuar sobre un mismo paciente todos los días de la semana si fuese necesario. En los estándares se establece como óptimo una frecuencia de 3 veces por semana como media adecuada (Allness y Knoedler; 2003 Department of Health, 2001). Desde nuestro punto de vista, el aspecto más importante y de mayor utilidad de la intensidad del servicio es que el equipo debe ser

CUADRO 1 EJEMPLO DE INTERVENCIÓN ASERTIVA RESPECTO AL ENGANCHE DEL PACIENTE

Paciente de 24 años que vive con sus padres y hermano menor. Presenta problemas de adaptación desde la infancia y ha mantenido contactos con salud mental desde los 13 años. Desde hace varios años no quiere asistir a consulta. Su cuadro clínico, definido anteriormente como trastorno de personalidad esquizotípico se ha agravado, siendo manifiestas las ideaciones delirantes de referencialidad, perjuicio y megalomanías (se considera una reencarnación de Lutero) y su funcionamiento es muy desorganizado, diagnosticándose esquizofrenia paranoide. Es incapaz de realizar actividades productivas, continuamente sale y entra de casa, su sintomatología delirante le ha ocasionado conflictos con su entorno, fuma compulsivamente y sus hábitos de alimentación, higiene y sueño son también desestructurados. No tiene conciencia de enfermedad y es significativo su rechazo a los dispositivos de salud mental. Sus padres, muy volcados en su atención, se encuentran desbordados y es manifiesta su sobreimplicación (emoción expresada), le proporciona medicación antipsicótica camuflada con la comida y tienen mucho miedo a los conflictos que puedan surgir en la convivencia.

Como principal objetivo se plantea establecer contacto y enganche con el paciente. Las primeras entrevistas se realizan con los padres, programándose a las semanas una entrevista con el paciente en el domicilio gestionada por los padres. La entrevista resulta un fracaso ya que el paciente no estaba de acuerdo con ella, en contra de lo que los padres nos habían informado. De todas formas sirve para que podamos ofrecerle nuestra ayuda y el paciente acepta que podamos interesarnos por su salud a través de sus padres, telefónicamente o por carta. Se inicia intervención sobre la familia de forma individual y en grupo. Cada vez que los padres acuden a consulta le informan al paciente de su asistencia y de lo trabajado. Tras varios contactos telefónicos el paciente se niega a volver a atendernos y se le realiza alguna propuesta por carta, a las que no asiste. Después de 8 meses del primer contacto personal el paciente acude a consulta (con psicólogo clínico) para pedir orientación sanitaria respecto a un viaje que quiere realizar a la India (en el contexto de su ideación delirante). Durante 3 entrevistas consecutivas mantenemos actitud de escucha, aceptación sin cuestionar el contenido de su discurso logrando su asistencia a la siguiente cita, pero al intentar ofrecer ayuda respecto a problemas personales, la rechaza y abandona la consulta.

Por los padres tenemos conocimiento que la sintomatología del paciente se está agravando, valorándose necesario un ingreso. Algunas semanas después el paciente decide acompañar a los padres a una entrevista familiar sin realizar ninguna demanda. Al día siguiente el paciente acude voluntariamente a nosotros solicitando un ingreso y refiriendo elevado nivel de angustia secundario a sintomatología psicótica. Han pasado 16 meses desde el primer contacto.

Desde ese momento, y en los siguientes 4 años hasta la actualidad, el paciente no ha perdido el contacto y aunque se han producido otros tres ingresos, se han podido trabajar otros aspectos como la adherencia al tratamiento, el desarrollo de un actividad ocupacional, la aceptación y negociación de algunos límites en la convivencia y el establecimiento de unos hábitos de salud más adecuados. El éxito del caso, a pesar de los errores iniciales de establecer contacto domiciliario sin el consentimiento del paciente, consideramos que ha sido debido a la persistencia y “asertividad” a lo largo de varios meses para lograr establecer contacto y posterior enganche efectivo con el paciente, adaptando los recursos a las características del paciente.

⁴ NAMI es la asociación nacional de personas con enfermedad mental y familiares de los EUA y es un organismo de mucha influencia en el desarrollo de políticas de salud mental.

capaz de incrementar el contacto cuando se dé una situación de crisis y debe poner todos los medios que estén en su mano para intentar resolverla. Además, una adecuada evaluación, seguimiento y monitorización de la situación del paciente, junto con un contacto frecuente, pueden prevenir que se produzcan muchas de las posibles crisis o descompensaciones.

Por último, indicar que a pesar de la importancia de la intensidad de la intervención, en los últimos años se ha puesto de manifiesto que la intensidad de contacto por sí misma no logra mejores resultados sino va acompañada de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia (Rosen et al 2007).

VI.3. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

El TAC no es propiamente un tratamiento, como podrían ser por ejemplo los programas de intervención familiar, la terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos o la rehabilitación cognitiva. El TAC puede entenderse mejor como un vehículo, como un modo de organizar o gestionar la atención, a partir del cual los distintos tratamientos, acciones rehabilitadoras, apoyos, etc., son desarrollados. Cinco son las características principales que definen la gestión y organización del TAC. En primer lugar se trata de un equipo multidisciplinar, en segundo lugar se enfatiza el trabajo conjunto y en equipo siendo la responsabilidad de los casos compartida por todos los miembros pero con especial importancia, en cada caso individual, de la figura del coordinador de cuidados (Department of Health, 2001) o persona de referencia (*primary contact person*; Stein y Santos, 1998). En tercer lugar, la mayor parte del trabajo se realiza en la comunidad. Cuarto, el equipo es el encargado de prestar de forma directa (o al menos coordinar) todas las intervenciones (psicológicas, médicas y sociales) que sean necesarias poner en marcha para mejorar las condiciones de vida del paciente y que se propongan en el plan individualizado de tratamiento. Por último, la presentación de servicios se plantea como ilimitada en el tiempo. A continuación se detallan estos cinco aspectos.

VI.3.1. Equipo multidisciplinar

La multidisciplinariedad del equipo está en función de otros dos parámetros: su capacidad de poder cubrir todas las necesidades de los pacientes y la intensidad de la intervención comunitaria; lo que determina tanto el número como el tipo de profesionales. En función de las características del sistema sanitario y de la tradición de profesionales en salud mental, puede variar el peso de unos profesionales o de otros en los equipos, pero en líneas generales las propuestas son muy similares. Con el fin de ser operativos y para no ofrecer una información redundantes nos centraremos en presentar el modelo del RU (Department of Health, 2001), por su mayor proximidad con nuestro sistema sanitario. Para otras propuestas al respecto puede verse Stein y Santos (1998) o Allness y Knoedler (2003).

Los Assertive Outreach tienen una cartera aproximada de 90 pacientes para una población de 250.000 habitantes (variables en función del área geográfica, la demografía y epidemiología, y los límites administrativos de los servicios sociales y de salud). Los profesionales son agrupados en dos categorías, aquellos que cumplen la función de *coordinador de cuidados*, entre los que se incluyen “enfermeras/os psiquiátricas comunitarias” (cuya presencia en el equipo es la más numerosa), trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos/as. Otros profesionales, sin función de *coordinador de cuidados*, son el personal médico y trabajadores/as de apoyo, que incluye a personal con formación o experiencia en salud mental (que en nuestro contexto podrían ser las figuras de auxiliar de enfermería o educador social). Además el equipo contaría con personal administrativo de apoyo. Uno de los profesionales clasificados como *coordinador de cuidados* ocuparía el lugar de “líder” del equipo (Un ejemplo de buenas prácticas respecto al personal se presenta en tabla 4). Respecto a los profesionales, llama la atención que, aunque se insiste en la importancia del papel de profesionales de la psicología, en la realidad son muy pocos los equipos que incluyen al psicólogo/psicólogo clínico entre sus miembros.

TABLA 4
EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS: SALFORD ASSERTIVE OUTREACH TEAM, POBLACIÓN URBANA DE 260,000 H. CON UN CAPACIDAD PARA 100 PACIENTES
 (Fuente *National forum for assertive outreach. www.nfao.co.uk*)

Categoría	Número de profesionales	Numero de coordinaciones
Líder del equipo	1	2
Psiquiatra consultor	0,6	-
Personal con grado doctor	1	-
Psicólogo consultor	0,6	6
Profesional de Trabajo Social senior	0,6	6
Enfermera psiquiátrica comunitaria	4	40
Terapeuta ocupacional	2	20
Trabajadores sociales diplomados	2	20
Trabajadores de apoyo	4	-
Administrativo	1	-
Ayudante administrativo	0,5	-
TOTAL	18,7	100

De 6 equipos *Assertive Outreach* revisados por Clisholm y Ford (2004) sólo 2 equipos, y a tiempo parcial, incluyen la figura del psicólogo (ver tabla 5).

También indicar que en el modelo estadounidense se insiste en la utilidad de que sea incluido como miembro del equipo un paraprofesional que tenga la característica de ser también TMG.

VI.3.2. Trabajo en equipo y coordinador de cuidados

A diferencia del gestor de casos, que habitualmente es una persona que coordina la asistencia del paciente en los distintos dispositivos vinculados a la atención en salud mental (Thornicroft, 1991), en el TAC se enfatiza el concepto de equipo, quien tiene la responsabilidad compartida de la atención de los pacientes incluidos en su programa. Para el funcionamiento en equipo se establecen una serie de principios de organización que son un elemento clave en la actividad del TAC, estos son fundamentalmente las coordinaciones y reuniones y la figura del coordinador de cuidados o persona de referencia.

Las reuniones se plantean diarias y con un enfoque multidisciplinar. En ellas, bajo la supervisión del “líder” o coordinador del equipo se revisa lo ocurrido el día previo y la actividad de esa jornada, asignándose quien realizará las actividades programadas, poniendo especial énfasis en el cumplimiento de los planes de tratamiento, en identificar las situaciones de crisis y en valorar las situaciones de riesgo. Las acciones, los progresos y resultados son monitorizados y registrados en la historia del paciente. La información de los casos, tanto de forma verbal como escrita, debe fluir entre los miembros del equipo.

Cuando el número de profesionales del equipo es elevado se establece para cada paciente un grupo de 3 a 5 profesionales (“equipo de tratamiento individual”) quienes desarrollan la mayor parte de las acciones y serán responsables de 1) conocer la vida, circunstancia, clínica, etc. del paciente; 2) elaborar con el paciente un plan por escrito; 3) proponer alternativas y cambios en el tratamiento; 4) realizar los inmediatos cambios cuando las necesidades se modifican; 5) abogar por los derechos y preferencias del paciente (Allness y Knoedler, 2003). Dentro de este grupo destaca la figura del *coordinador de cuidados*, quien será el último responsable de garantizar que la evaluación, el plan de tratamiento y la revisión de los casos bajo su coordinación se realice de forma apropiada por todos los miembros del equipo. Es quien tiene la responsabilidad principal de establecer y mantener la relación terapéutica con el paciente de forma continuada, tanto si éste se encuentra en la comunidad, hospitalizado o en relación con otros servicios, y en última instancia es quien mejor debe conocer la situación del paciente. Proporciona terapia de apoyo y es el principal miembro participante ante situaciones de crisis. A la hora de decidir quién será el coordinador de cuidados de un paciente concreto deberán tenerse en cuenta las habilidades y características personales del miembro del equipo, la consistencia de la relación entre el miembro del equipo y el paciente y las preferencias de éste. Sin embargo, la figura del *coordinador de cuidados* y del *equipo de tratamiento individual* no debe hacer olvidar que todo el equipo conoce y trabaja con todos los usuarios. La continuidad de cuidados es garantizada por todo el equipo como una unidad.

VI.3.3 Intervención en la comunidad

El modelo es esencialmente comunitario en dos sentidos: 1) su objetivo es lograr la integración y adaptación del paciente en la comunidad; y 2) propone realizar la mayor parte de las intervenciones en el contexto natural del paciente. Los estándares y criterios de fidelidad plantean que al menos el 75% de las intervenciones se realicen en la comunidad, ya sea en el domicilio del paciente, en su lugar de trabajo o de desempeño de su labor ocupacional y/o rehabilitadora, o en cualquier otro espacio comunitario que se considere.

La principal premisa que motiva esta intervención comunitaria es la idea de que para lograr un verdadero aprendizaje de nuevas habilidades estas deben aprenderse y practicarse en el contexto natural (Li-

TABLA 5
COMPARACIÓN DE PROFESIONALES EN 6 EQUIPOS AO EN EL RU
(Tomado de Clisholm y Ford, 2004)

	Ladywood	Walsall	Hereforshire	Teeney	Bradford	Nottingham
Enfermeras	6 (48%)	4 (39%)	1 (40%)	6,5 (54%)	4 (36%)	7 (47%)
Medico	0,5 (4%)	0,2 (2%)	0	0	0,6 (5%)	0,3 (3%)
TS diplomado	2 (16%)	2 (20%)	0,5 (20%)	1 (8%)	1 (9%)	2 (14%)
Otros TS	1 (8%)	0	0	2 (17%)	0	0
Terapeuta Ocupacional	0,5 (4%)	1 (10%)	0	0,5 (4%)	1 (9%)	0
Psicólogo	0,5 (4%)	0	0	0	0	0,3 (2%)
Trabajadores de apoyo	2 (16%)	2 (20%)	1 (40%)	2 (17%)	3 (27%)	3 (20%)
Administrativos	0	1 (10%)	0	0	0,5 (5%)	1 (7%)
Otros	0	0	0	0	1 (9%)	1 (7%)

berman, 1993). Por otra parte, también se pretende evitar la estigmatización del paciente cuando asiste a dispositivos de salud mental. Al centrar la mayor parte de la intervención en el entorno habitual se logra un mejor enganche, ya que la intervención se adapta a las circunstancias del paciente, sin exigirle que acuda a unas consultas para tratarse de una enfermedad que en la mayoría de los casos no tiene conciencia de padecer.

En la Ficha dos se describen principios de cómo ha de desarrollarse una intervención en la comunidad.

VI.3.4. Plan de tratamiento y prestación directa de servicios

La elaboración de un plan de tratamiento no difiere sustancialmente de la propuesta en otros contextos de atención a los TMG (Rodríguez, 1997; Cañamares, 2001), pero con la particularidad de que en el TAC es el equipo quien lleva a cabo casi todas las actuaciones de forma directa y, si esto no es posible, se coordina y supervisa la realizada por otros dispositivos, manteniéndose implicado para garantizar su efectividad. Cada plan individualizado debe identificar problemas, fortalezas y debilidades. El plan debe especificar qué intervenciones concretas se realizaran para lograr las metas y debe también señalar quién las llevará a cabo. El plan se revisa cada 6 meses y el paciente y los familiares/cuidadores deben participar de modo activo (su participación en la elaboración del plan debería quedar documentada).

En la ficha 1, se ejemplifican algunas de las intervenciones que pueden desarrollarse desde un TAC.

VI.4. ATENCIÓN ILIMITADA EN EL TIEMPO

Como principio, el TAC plantea una atención ilimitada en el tiempo como consecuencia de las características de cronicidad y gravedad de la población a la que se dirige (Rodríguez y Bravo, 2003). El equipo puede mantener una presencia intensiva al asumir el caso o durante las crisis y reducirla progresivamente, manteniendo la frecuencia que se considere necesaria. El alta se produce cuando hay mutuo acuerdo entre paciente y el equipo, se han logrado los objetivos del plan terapéutico y el paciente ha demostrado capacidad para funcionar en la mayoría de las áreas sin necesidad de continuidad en la asistencia, lo que en la práctica ocurre en contadas ocasiones. Por otra parte, otro motivo de alta, además de por cambio de residencia, es debido a que, a pesar de los esfuerzos por establecer la alianza terapéutica, el paciente rechaza el servicio.

VII. SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DEL TAC EN ESPAÑA

El desarrollo de equipos comunitarios en España para la atención de los TMG es muy irregular, tanto en lo que respecta a su distribución geográfica como al tipo de programas desarrollados (Alonso, Bravo y Fernández, 2004). Las primeras experiencias sistemáticas que han tenido su reflejo en la literatura han sido desde un modelo de gestión de casos (Donás y Fernández Liria, 1995).

El modelo Asertivo Comunitario comienza a tener difusión en nuestra literatura en los últimos 10 años (González, 2001; Hernández Monsalve, 2000; 2003; Ibáñez Rojo y González Aguado, 1999; López-Santiago, Blas y Gómez, 2012; Martínez Jambrina, 2008; MSC, 2007; Consejería de Salud Junta de Andalucía, 2006). Desde el punto de vista clínico el primer equipo desarrollado surge en Avilés (Asturias) en 1999 (Martínez Jambrina, 2008), extendiéndose en estos años, en diversos núcleos de población, equipos con características similares a los modelos TAC. Por ejemplo, según ha comentado en prensa Martínez Jambrina (*Nueva España* de Viernes 11 de mayo de 2007) existen equipos en las siguientes provincias: Las Palmas, Tenerife, Ferrol, Palma de Mallorca, Albacete, Játiva, Puerto de Santa María o Cartagena. Sin embargo, este tímido desarrollo no ha ido acompañado de un apoyo sistemático del modelo desde las diferentes instituciones sanitarias, a pesar de aparecer de forma explícita en recientes documentos de gestión de la salud mental como es la *Estrategia de Salud Mental* del Ministerio de Sanidad (2007) o en el documento del proceso del TMG de la Junta de Andalucía (2006), siendo más bien fruto del empeño de iniciativas particulares o ensayos piloto.

De todas formas, consideramos que el avance ha sido significativo respecto a décadas precedentes. La sistemática experiencia en los últimos años del Assertive Outreach en el RU que, como hemos comentado, ha permitido matizar y enriquecer los apabullantes resultados que hasta fechas recientes acompañaban al TAC (basados casi exclusivamente en la práctica estadounidense), junto con las experiencias que ahora se están dando en España, sumado al apoyo del modelo desde el punto de vista institucional (MSC, 2007), nos hacen ser algo más optimistas respecto al desarrollo de una atención a los TMG que parta de la adaptación del sistema a las necesidades del paciente y no a la inversa, como ocurre, en gran medida, en la actual atención basada en la dñada consulta ambulatoria-hospitalización.

VII LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

Stein LI, Santos AB (1998) *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York (NY): Norton.

Manual de referencia del TAC, escrito por uno de los autores que desarrollaron el modelo, donde de forma detallada se explican sus principios y su modo de funcionamiento. Es útil tanto para conocer el modelo como de guía para su funcionamiento.

Sllness DJ, Knodler WH (1988). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness. A manual for PACT start-up*. Arlington (VA): National Alliance for the Mentally Ill.

Allness DJ, Knodler WH (2003). *National Program Standard for ACT team*. Alexandria, VA: National Alliance for the Mentally Ill Assertive Community Treatment Technical Assistance Center. (<http://psych.iupui.edu/ACTCenter/NationalPACTStandards.pdf>)

Manuales prácticos para la puesta en marcha de equipos TAC. El *National Program Standard for ACT team* puede obtenerse en internet.

Department of Health (2001). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. London: Department of Health.

Guía para la implementación de la política sanitaria en salud mental en el RU en la que se describen de forma muy práctica los principios del Assertive Outreach (los TAC en el RU).

Hernández Monsalve, M (2000). *Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?*, en Rivas Guerrero, F., *La psicosis en la comunidad*. AEN. Estudios/24. Madrid.

Hernández Monsalve, M (2003). *Tratamiento Asertivo Comunitario*. En Verdugo, MA. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo*. Inicio, Salamanca.

Trabajos sistemáticos de revisión del TAC y de los modelos de seguimiento intensivo realizados por Mariano Hernández.

Liberman, PL (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca. (Original 1988).

Manual clásico de rehabilitación de los TMG en el que de forma sucinta pero práctica y sistemática se presenta el TAC.

Alonso M, Bravo MF, Fernández Liria A (2004). *Origen y desarrollo de los programas de eguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad*. *Revista AEN* Vol. 24, Nº. 92: 25-52.

Revisión sistemática del desarrollo de los programas de seguimiento comunitario al TMG, en la que se describe la situación en España a mediados de la presente década.

Martínez Jambrina JJ (2008). *El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad*. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol. 7, 2: 147-159.

López Santiago J., Blas L.V., Gómez, M. (2012). *Tratamiento Asertivo Comunitario: Experiencia en el Servicio de Salud Mental de Albacete*. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 17, 1-10.

Artículos donde se presentan respectivamente el primer equipo TAC en España en Avilés (Asturias) desde 1999 y el programa TAC en funcionamiento en Albacete desde finales de 2002.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE y Resnick, SG (1998). *Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management*. *Schizophrenia Bulletin* 24:37-74.

Revisión de los diferentes modelos de gestión de casos con especial énfasis en el TAC.

Stein LI, Test MA (1980). *Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation*. *Archives of General Psychiatry* 37:392-397.

Marshall M, Lockwood A. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2):CD001089.

Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). *Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients*. *Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159.

Tres de las principales publicaciones de resultados en los que se muestra la efectividad del TAC frente a otros modelos de intervención.

Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., et al (2006). The REACTstudy: a randomised evaluation of assertive community treatment in North London. *BMJ*, 332, 815-820.

Reciente publicación en el RU en la que se compara el modelo TAC (con fidelidad a los estándares) con el tratamiento desde los *equipos de salud mental comunitario*. Las diferencias en los resultados, en este estudio, entre los dos modelos no son muy significativas.

Phillips SD, Burns B, Edgar ER, Muesler, KT, Linkins KW, Rosenheck RA, Drake, RE, McDonel Herr, EC (2001). Moving Assertive Community Treatment In to Standard Practice. *Psychiatry Services*, 52 (6): 771-779.

Gold, P., Meisler, N., & Santos, A. (2003). The Program of Assertive Community Treatment: Implementation and Dissemination of an Evidence-Based Model of Community-Based Care for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. *Cognitive and Behavioural Practice*, 10, 290-303.

Rosen, A, Mueser KT, Teesson M (2007). Assertive Community Treatment_Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Reseach & Development*. 44 (6): 813-826.

Tres trabajos en los que se describen los principios del modelo y se actualizan y revisan sus características principales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allness, D. J., Knoedler, W. H. (1998). The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness. A manual for PACT start-up. Arlington (VA): National Alliance for the Mentally Ill.

Allness, D. J., Knoedler, W. H. (2003). *National Program Standard for ACT team*. Alexandria, VA: National Alliance for the Mentally Ill Assertive Community Treatment Technical Assistance Center. <http://psych.iupui.edu/ACTCenter/NationalPACTStandards.pdf>

Alonso M., Bravo M. F., Fernández Liria A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de eguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista AEN* Vol. 24, N°. 92: 25-52.

Amador, X. F., Flaum M., Andreasen N. C., Strauus D. H., Yale S. A., Clark S. C. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry* 51, 826-836.

Anderson, C., Reiss, D., Hogarty, G., (1988). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original 1986).

Appleby, L. (2004). *The national service framework for mental health - five years on*. Departament of Health.

Barlow, D. (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press, Nueva York.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, DDB. (Original 1978).

Bichwood, M., Tarrier, N. (1995). *Tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*. Barcelona, Ed. Ariel. (Original 1994).

Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., y Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159, 2001.

Burns, T., Fioritti A., Holloway F., Malm U., Rössler W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv*. 52, 5, 631-36.

Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts C., Lockwood, A., Marshall M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*;335(7615):336. Epub 2007 Jul 13.

Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., et al (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52, 631-636.

Cañamares, J. M., Castejon, M. A., Florit, A., González J., Hernández, J. A., y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid Ed. Síntesis.

Chisholm, A., y Ford, R. (2004). *Transforming Mental Health Care. Assertive outreach and crisis resolution in practice*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Consejería de Salud Junta de Andalucía (2006). *Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud.

Cormier, W. H., y Cormier, L. S., (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Desclée de Brouwer: Bilbao. (Original 1991).

- Deci, E. A., Santos, A. B., Hiott, D. W., Schoenwald, S., y Dias, J. I. (1995). Dissemination of ACT programs. *Psychiatric Services*, 46, 676-678.
- Department of Health (2001). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. London: Department of Health.
- Department of Health (2002). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. Community Mental Health Teams. London: Department of Health.
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid, Dor.
- Desviat, M. (2000). La asistencia de la psicosis en España o hacia dónde va la reforma psiquiátrica. En: Rivas F (2000). *La Psicosis en la Comunidad*. Madrid, AEN: En: Gisbert, C. (coord.), *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno mental Severo*, Madrid, AEN: Estudios.
- Dixon, L. (2000). Assertive Community Treatment: Twenty-Five Years of Gold. *Psychiatric Services*, 51(6), 759-765.
- Donas, M., Fernández Liria, A. (1997). Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. En Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitación Psiquiátrica*. Santiago: Universidad de Santiago.
- Drake R. E., McHugo G. J., Clark R. E., Teague G. B., Xie H., Miles K., Ackerson T. H. (1998). Assertive community treatment for persons with co-occurring severe mental illness and substance abuse disorder: A clinical trial. *Am J Orthopsychiatry*, 68, (2), 201-15.
- Edwards, J., Maude, D., McGorry, P. D., Harrigan, S. M., Cocks, J. T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl.* 172, (33), 107-16.
- Fernández Liria, A., García Rojo, M. J. (1990). «Los programas de «Case Management»». Conceptos básicos y aplicabilidad». *Revista de la AEN*; X (32):65-75.
- Fiander M., Burns T., Mchugo J. G. y Drake R. E. (2003). Assertive Community Treatment Across the Atlantic: Comparison of Model Fidelity in The UK And USA. *British Journal of Psychiatry*, 182:248-254.
- Gold, P., Meisler, N., y Santos, A. (2003). The Program of Assertive Community Treatment: Implementation and Dissemination of an Evidence-Based Model of Community-Based Care for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. *Cognitive and Behavioural Practice*, 10, 290-303.
- Gold, P., Meisler, N. y Santos, A. et al. (2003). The Program of Assertive Community Treatment: Implementation and Dissemination of an Evidence-Based Model of Community-Based Care for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. *Cognitive and Behavioural Practice*, 10, 290-303.
- González Rodríguez, A. (2001). Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad en Desviat, M. *Atención comunitaria a la cronicidad en Psiquiatría*. Monografías de Psiquiatría. Año XIII, número 2.
- Gray R., Wykes T. y Gournay K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277-284.
- Hernández Monsalve, M. (2003). Tratamiento Asertivo Comunitario. En Verdugo, MA. *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo*. Inicio, Salamanca.
- Hernández Monsalve, M. (2000). Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?, en Rivas Guerrero, F., *La psicosis en la comunidad*. AEN. Estudios/24. Madrid.
- Holloway, F. (2002). Outcome measurement in mental health — welcome to the revolution. *British Journal of Psychiatry*, 181, 1-2.
- Hoult, J. y Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: A comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 359-372.
- Ibáñez Rojo, V., y González Aguado, F., (1999). Eficacia y efectividad de la atención comunitaria. *Psiquiatría Pública*, Vol.11. 2, 122-124.
- Killaspay, H., Bebbington, P., Blizard, R., et al (2006) The REACTstudy: a randomised evaluation of assertive community treatment in North London. *BMJ*, 332, 815-820.
- Kuipers E., Leff J., y Lam D. (2004). *Esquizofrenia*. Barcelona: Paidós. (Original 2002)
- Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. (1997) A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 54,(11),1038-43.
- Lehman, A. F., Steinwachs, D. M., Buchanan, R., et al: (1998). Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-9.
- Leon, J., Mueser K. (1996). Prevención de recaídas. En: Aldaz, J. A.; Vázquez, C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de rehabilitación*. Madrid Siglo XXI.

- Lieberman P. R. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca. (original 1988).
- López-Santiago J. (2007). *El papel del psicólogo clínico en los equipos de seguimiento comunitario al TMG*. Poster presentado al V Word Congress of Behavioral & Cognitive Therapies. Barcelona, 12-14 de Julio.
- López-Santiago J., Blas Fernández L. V. (2012). Tratamiento Asertivo Comunitario: Experiencia en el Servicio de Salud Mental de Albacete. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 17, 1-10.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R., (2000). *Case management for people with severe mental disorders*. Cochrane Database Syst Rev; (2):CD000050.
- Marshall, M., Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. (2):CD001089.
- Marshall, M., Bond, G., Stein, L. I., et al (1999). PriSM Psychosis Study. Design limitations, questionable conclusions. *British Journal of Psychiatry*, 175, 501-503.
- Martínez Jambrina J. J. (2008). El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol. 7, 2: 147 – 159.
- Marx, A. J., Test, MA., y Stein, L.L. (1973). Extrahospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505–511.
- McGrew J. y Bond G. R. (1995) Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113–125.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., y Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50, 818-824.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2003). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós. (Original 1991).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud*. Madrid: MSyC.
- Mowbray, C. T., Holder, M., Teague, G. B., y Bybee D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*; 24, 315-340.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. y Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 37–74.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Terapia Cognitiva Conductual de la Esquizofrenia*. Madrid, Minerva Ediciones.
- Phillips, S. D., Burns, B., Edgar, E.R., Mueser, K. T., Linkins K. W., Rosenheck R. A., Drake, R. E., y McDonel Herr, E. C. (2001). Moving Assertive Community Treatment In to Standard Practice. *Psychiatry Services*, 52 (6), 771-779.
- Roder, V. (2006). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia (IPT)*. Granada: Alborán editores.
- Rodríguez, A., Bravo, M. F. (2003). Marco General y Conceptualización. En: Gisbert, C. (coord.), *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno mental Severo*, Madrid, AEN.
- Rodríguez, A. (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, Pirámide.
- Rosen, A., Mueser, K. T. y Teesson, M. (2007). Assertive Community Treatment_Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Reseach & Development*, 44, (6), 813-826.
- Rosen, A. y Teesson, M., (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 731-746.
- Stein, L.I. (1992). Perspective: On the abolishment of the case manager. *Health Affairs*, 11 (3),172–77.
- Stein, L.I. y Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York (NY): Norton.
- Stein, L. I. y Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37:392–397.
- Stein, L. I., Test, M. A. y Marx, A.J. (1975). Alternative to the hospital: a controlled study. *American Journal of Psychiatry* 132:517–522.
- Teague, G. B., Bond, G. R. y Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*; 68, 216–232, 1998.
- Test, M. A. y Stein, L. I. (1980) Alternative to mental hospital treatment: III. Social cost. *Archives of General Psychiatry* 37:409–412.
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3,125–132.

- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., et al (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM psychosis study, 10. *British Journal of Psychiatry*, 173, 423-427.
- Thornicroft, G. y Tansella M., (2004). Components of amodernmental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283 -290
- Touriño R., Inglott, R., Baena E. y Fernández J. (2004). Guía de intervención familiar en la Esquizofrenia.
- UK700 Group (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet*, 353, 2185-2189.
- UK700 Group (2000). Cost-effectiveness of intensive versus standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. *British Journal of Psychiatry*.
- Valiente, C. (2002). *Alucinaciones y Delirios*. Madrid Ed. Síntesis.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- Winter, J. P., y Calsyn, R.J. (2000). The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study. *Evaluation Review*, 24, 3, 319-338.
- Ziguras, S. J. y Stuart, G.W. (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management over 20 years. *Psychiatric services*, 51, 1410-1422.

Ficha 1.

Intervenciones terapéuticas que pueden implementarse en un TAC

El Tratamiento Asertivo Comunitario no es una modalidad de tratamiento en sí mismo, como pueden ser la rehabilitación cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales, sino que puede entenderse como un vehículo a partir del cual se implementan los diferentes tratamientos que han mostrado ser efectivos.

Las intervenciones a desarrollar en cada ETAC varían en función de los profesionales que incluya el equipo, de los recursos de los que se disponga, tanto propios como externos, y de la formación y capacitación de los miembros del equipo. A continuación, a modo de ejemplo, pero fundamentada en una experiencia real, se describen las intervenciones que han sido llevadas a cabo por el equipo de TAC de Albacete, en funcionamiento desde el año 2002 y constituido por un psicólogo clínico, un psiquiatra, un DUE, un auxiliar de enfermería y un trabajador social. (López-Santiago, Blas y Gómez, 2012).

1. Intervención orientada a establecer Alianza Terapéutica y Enganche. Establecer una relación empática, próxima y de colaboración, que se adapte al ritmo y necesidades de los pacientes, posibilita un enganche a largo plazo (Cormier y Cormier, 1994; Valiente, 2003). Ésta es una intervención clave para poder establecer una relación a largo plazo efectiva, que debe priorizarse a otras intervenciones y anteponerse a otros tipos de intervenciones que puedan entenderse como más propiamente terapéuticas.
2. Intervenciones orientadas al cumplimiento farmacológico. Algunas estrategias utilizables pueden ser: psicoeducación, dispensación de unidosis y monitorización del cumplimiento, administración a domicilio, negociación y contratos con el paciente. (Gray, Wykes, Gournay, 2002).
3. Intervención sobre la conciencia de enfermedad y psicoeducación. Con los objetivos de lograr el control de estresores individuales, mejorar el conocimiento de la enfermedad o establecer vigilancia sobre el consumo de tóxicos (pe. Cañamares et al, 2001; Leon y Mueser, 1996; Liberman, 1993)
4. Actividades de la vida diaria. El plan deberá incluir todos los aspectos de la vida diaria. El propio equipo debe proporcionar apoyo práctico y debe poder ofrecerse, por ejemplo, ayuda con la gestión de la compra, en el trabajo domestico (limpieza y mejora de las condiciones de la vivienda), con el presupuesto, etc. La actuación directa del equipo en mejorar las condiciones de vida de los usuarios es muy importante para establecer y mantener la alianza. Capacitar al paciente y respetar su independencia es un aspecto de vital importancia. El equipo debe ser asertivo con otros servicios (pe. *ayuda a domicilio*) para asegurar que mejores condiciones de vida son proporcionadas y mantenidas.
5. Intervenciones psicológicas específicas con evidencia empírica. Entre las que destacan intervenciones cognitivo conductuales sobre los síntomas psicóticos (Perona, Cuevas, Vallina y Lemos, 2003; Valiente, 2002; Bichwood y Tarrier, 1995), la rehabilitación cognitiva (Roder, 2006) o intervenciones psicológicas en síntomas de ansiedad, anímicos o adicciones (pe Beck et al, 1983; Barlow, 1993; Miller y Rollnick, 2003). Es importante resaltar que, desde nuestro punto de vista, para que estas puedan ser ofrecida por el propio equipo la figura del psicólogo clínico se hace indispensable (López-Santiago, 2007).
6. Asesoramiento en torno a prestaciones concretas que puedan mejorar las condiciones de vida de los pacientes, como por ejemplo, ayudas económicas, recursos sociosanitarios, apoyos a la dependencia, etc.
7. Integración y búsqueda de actividades ocupacionales y de ocio. Lo que implica una coordinación estrecha con dispositivos de rehabilitación, asociaciones de vecinos, voluntariado, club de jubilados, asociaciones de minusválidos, etc.
8. Intervención en crisis y en descompensaciones clínicas. Uno de los objetivos del programa es asistir a los pacientes en todos los momentos del proceso de la enfermedad, con especial énfasis en las situaciones de crisis, en los que la atención ha de incrementarse y, si es necesario un ingreso, el objetivo es que sea consensuado y aceptado por el paciente. Durante el ingreso el equipo debe tener una estrecha colaboración con el equipo de hospitalización o incluso ser el mismo el responsable, parcial o completamente, de las decisiones respecto al tratamiento y alta.

9. La familia y/o cuidadores son objeto de especial atención por parte del TAC, en primer lugar se les proporciona apoyo, soporte, y atención continuada, bajo la premisa de estar “siempre accesibles”. Se realizan tanto intervenciones unifamiliares como intervenciones multifamiliares (grupos). Los principales objetivos con las familias son: psicoeducación, disminución de la sobreimplicación, trabajo emocional (duelo, etc.), mejora de la comunicación y resolución de problemas y búsqueda de alternativas (Anderson, Reiss y Hogarty, 1988; Bichwood, y Tarrier, 1995; Touriño et al 2004; Kuipers, Leff y Lam , 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C., Reiss, D., Hogarty, G., (1988). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original 1986).
- Barlow, D. (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press, Nueva York.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, DDB. (Original 1978).
- Bichwood, M., Tarrier, N. (1995). *Tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*. Barcelona, Ed. Ariel. (Original 1994).
- Cormier, W. H., y Cormier, L. S., (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Desclée de Brouwer: Bilbao. (Original 1991).
- Gray R., Wykes T. y Gournay K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277–284.
- Kuipers E., Leff J., y Lam D. (2004). *Esquizofrenia*. Barcelona: Paidós. (Original 2002)
- Leon, J., Mueser K. (1996). Prevención de recaídas. En: Aldaz, J. A.; Vázquez, C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de rehabilitación*. Madrid Siglo XXI.
- Liberman P. R.(1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca. (original 1988).
- López-Santiago J. (2007). *El papel del psicólogo clínico en los equipos de seguimiento comunitario al TMG*. Poster presentado al V Word Congress of Behavioral & Cognitive Therapies. Barcelona, 12-14 de Julio.
- López-Santiago J., Blas Fernández L. V. (2012). Tratamiento Asertivo Comunitario: Experiencia en el Servicio de Salud Mental de Albacete. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 17: 1-10.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2003). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós. (Original 1991).
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Terapia Cognitiva Conductual de la Esquizofrenia*. Madrid, Minerva Ediciones.
- Roder, V. (2006). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia (IPT)*. Granada: Alborán editores.
- Touriño R., Inglott, R., Baena E. y Fernández J. (2004). *Guía de intervención familiar en la Esquizofrenia*.
- Valiente, C. (2002). *Alucinaciones y Delirios*. Madrid Ed. Síntesis.

Ficha 2.

Las intervenciones comunitarias domiciliarias

Las intervenciones comunitarias o domiciliarias, son una de las características principales de los programas asertivos comunitarios. A continuación se enumeran una serie de principios y objetivos que deben guiar este tipo de intervenciones cuando se llevan a cabo dentro de un equipo TAC.

¿CÓMO DEBEN REALIZARSE A LAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS?

- ✓ La intervención debe ser conocida y aceptada por el paciente antes de ser realizada. En ocasiones, el deseo de enganchar al paciente que no acude a consulta puede generar la precipitación de intervenciones domiciliarias “involuntarias” que pueden dificultar el establecimiento posterior de una relación terapéutica sólida y de confianza.
- ✓ Debe realizarse de forma programada o a demanda del paciente (p. e., telefónicamente), siempre que se tenga suficiente información de la situación.
- ✓ Aunque todo el equipo debe participar en el abordaje de los casos, las intervenciones deben realizarse prioritariamente por los miembros del equipo con quien tenga establecido el paciente la relación terapéutica.
- ✓ Las intervenciones domiciliarias deben realizarse por dos miembros del equipo, evitando intervenciones por un solo profesional.
- ✓ Es importante intentar ceñirse a los objetivos preestablecidos y evitar realizar intervenciones que no hayan sido planificadas para ese momento.
- ✓ No deben realizarse intervenciones en crisis o ingresos a pacientes que no se conocen suficientemente o que necesitan una actuación involuntaria. En ocasiones, se solicita a los equipos TAC intervención en pacientes clínicamente descompensados, que el equipo previamente no conoce. Esa intervención debe realizarse los equipos destinados a la atención en crisis. Establecer los primeros contactos con un paciente en una situación en crisis, puede generar situaciones aversivas que compliquen el establecimiento de una posterior alianza terapéutica sólida.

PRINCIPALES OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES DOMICILIARIAS

Como en cualquier intervención, y quizá más claramente en las intervenciones domiciliarias, éstas deben realizarse con objetivos claramente definidos, explicitados y consensuados con el paciente. Entre los principales objetivos podemos destacar:

- ✓ Evaluación de la situación del paciente en un contexto real. Conocer las condiciones de la vivienda, el apoyo comunitario del paciente, su autonomía en su entorno cotidiano, etc., es un objetivo de evaluación imprescindible para poder establecer un plan terapéutico realista.
- ✓ Administración del tratamiento farmacológico. En ocasiones, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico puede ser un problema motivacional o de funcionamiento cognitivo, lo que puede ocasionar olvidos en la toma de la prescripción farmacológica que requieran un apoyo domiciliario para garantizar una adecuada adherencia.
- ✓ Estrechamiento de lazos con paciente y cuidadores. El contexto hospitalario o de las consultas de salud mental, en ocasiones, dificulta establecer una relación de confianza que puede consolidarse en los contactos en el contexto natural del paciente.
- ✓ Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria u otras Habilidad in vivo. La dificultad de generalizar aprendizajes requiere que muchas habilidades puedan ser adquiridas y entrenadas en el contexto real, de modo que puedan evaluarse, analizarse las dificultades e implementarse las nuevas actividades o habilidades de forma realista y operativa.
- ✓ Apoyo a la realización de gestiones burocráticas, visitas médicas, compras u otras tareas para las que el paciente necesite acompañamiento y asesoramiento y cuando no disponga de apoyo afectivo en su entorno natural.
- ✓ Apoyo afectivo ante situación de soledad y abandono.
- ✓ Evitar el estigma de atención en el hospital o de las consultas ambulatorias.
- ✓ Intervenciones terapéuticas concretas que deban ser realizadas en el entorno natural, como por ejemplo, ayudar a la exposición a paciente recluidos en el domicilio, realizar experimentos conductuales para desconfirmar sus creencias sobre las alucinaciones auditivas, etc.

- ✓ Realizar intervenciones familiares sistemáticas. Algunos modelos terapéuticos familiares han sido desarrollados para ser implementados en el domicilio familiar, como por ejemplo, el de Fallon (19), en el que participan todos los miembros de la familia.

PRINCIPALES DIFICULTADES EN LAS INTERVENCIONES DOMICILIARAS

- ✓ Objetivos no clarificados. Es importante no acudir al domicilio de un paciente sin un objetivo claro ya que puede generar confusión respecto a los roles o un sentimiento de ser invadida la intimidad del paciente.
- ✓ Demandas no adecuadas o confusión de roles. Puede ser frecuente que en ocasiones se espere del equipo terapéutico que realice funciones o tareas que no le correspondan o que puedan favorecer una mayor dependencia.
- ✓ Reticencias ante las visitas por parte de algún miembro de la familia o el paciente. Cuando en la unidad familiar existen miembros que no tienen una buena relación con el paciente, pueden generarse conflictos o rechazo del equipo por parte de esos miembros.
- ✓ Incomodidad ante la situación de la vivienda.
- ✓ Situaciones conflictivas derivadas de los síntomas de enfermedad. En ocasiones, si no se conoce suficientemente la situación clínica o no se ha evaluado la adecuadamente, pueden generarse situaciones conflictivas que puedan ser difícilmente abordables o resolubles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Department of Health (2002). *The Mental Health Policy Implementation Guide*. Community Mental Health Teams. London: Department of Health.
- Allness, D. J., Knoedler, W. H. (1998). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness. A manual for PACT start-up*. Arlington (VA): National Alliance for the Mentally Ill.
- Stein, L.I. y Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York (NY): Norton.