

EQUIPOS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO: LOS CUIDADOS DEL ENFERMO MENTAL EN SU ENTORNO NATURAL.

AUTOR: *Diego Caro Gómez (DUE, Servicio Riojano de Salud)*

CENTRO DE TRABAJO: *Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental del Servicio Riojano de Salud.*

INTRODUCCIÓN

La metodología de los cuidados enfermeros aplicados a las personas con TMG (Trastorno Mental Grave) parece ser parcialmente insuficiente para la mejora de la calidad de vida de las personas que presentan este perfil. Un nuevo modelo de intervención en el TMG basado en un modelo asertivo comunitario (TAC) se ha creado en el Servicio Riojano de Salud siguiendo las recomendaciones del III Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja, 2015-2019. Es por ello el objetivo de la presentación de este artículo para el acercamiento teórico a este tipo de modelo de intervención en salud.

Objetivo: Conocer las bases teóricas y metodológicas de los programas asertivos

comunitarios en Salud Mental y su aplicación en el contexto del Servicio Riojano de Salud.

Metodología: Revisión bibliográfica en relación a los cuidados enfermeros dentro del contexto de salud mental y con enfoque asertivo comunitario.

Conclusiones: Los programas de TAC conforman una estructura metodológica para proveer unos cuidados en salud eficientes a una población con un perfil específico dentro de los programas de atención a la enfermedad mental. Pacientes que presentan alto riesgo de exclusión sanitaria y social ya que, por su perfil, la atención por los servicios de Salud Mental normalizadas ofrecen se muestra parcial hacia este tipo de perfil.

JUSTIFICACION DEL PROGRAMA ASERTIVO COMUNITARIO.

Los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario para el cuidado de los trastornos mentales graves (TMG) fueron desarrollados en los años 70 en EEUU dando respuesta al proceso de desinstitutionalización psiquiátrica ¹, cuando un gran número de pacientes fue dado de alta de los grandes hospitales estatales a servicios comunitarios pobremente dotados e integrados.

Mary Ann Test, Arnold Marx y Leonard Stein ² comprobaron que, entre estos pacientes externalizados, se comenzaron a suceder de forma indefinida ingresos involuntarios en el hospital para tratamiento, altas y nuevos reingresos, dando lugar a la situación conocida como de *puertas giratorias (revolving doors)*³.

¹ García González, José. "Psiquiatría y cambio social". Rev. El Basilisco. N 8. Julio 1979.

² L. I. Stein and M. A. Test . "Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical Evaluation". Rev. Archives of General Psychiatry. Vol 37, n. 4. Abril 1980.

³ Hernández M. El tratamiento asertivo comunitario. Ponencia presentada al Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Salamanca, pp19-22, Noviembre 2003.

Los investigadores afirmaron que dicho fenómeno ponía de manifiesto la inadecuación del hospital como lugar de tratamiento de las enfermedades mentales severas a medio/largo plazo, y se mostraron convencidos de que las personas que padecen esta clase de enfermedades debían ser atendidas en su entorno comunitario, proponiendo un modelo de intervención psicosocial basado en un seguimiento intensivo de los pacientes con TMG tras alta del hospital.

En España, la reforma de la Salud mental no fue muy diferente a la americana, se partía de una asistencia manicomial, de carácter marginador y que promovía el aislamiento tanto social como cognitivo. En este contexto, se crea, por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983, la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica⁴. En abril de 1985 se publica el informe elaborado por dicha Comisión. En él se contenían tres ejes:

1. Un nuevo modelo de atención a la Salud mental orientado hacia la comunidad.

⁴ Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1985. N 5. 204-222.

2. La conformación de las recomendaciones generales para llevar cabo el proceso de cambio.

3. La integración de estos cambios al movimiento global de reforma sanitaria.

De esta manera se transformaron los hospitales psiquiátricos en coordinación con el desarrollo de recursos sanitarios comunitarios e intervención psicosocial.

Otros hechos relevantes como factores de cambio en las intervenciones sanitarias en salud mental han sido:

1. La Declaración sobre Salud Mental para Europa, instando a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en Salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social.

Estas estrategias han de estar sustentadas en la potenciación de la atención comunitaria y de las redes integrales de cuidados y han de tener como objetivos prioritarios la lucha contra el estigma y la discriminación, el fomento de la inclusión social y la protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas⁵.

⁵ Declaración sobre salud Mental para Europa. OMS. Enero 2005

2. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud⁶. En ella se establece un conjunto de objetivos y recomendaciones que contribuyen a mejorar la calidad de las intervenciones y resultados en la Salud mental de la población. En relación a los TMG, se señala que su evolución y pronóstico dependen del tipo de atención que reciben, indicando recomendaciones acerca del acceso precoz a la rehabilitación, el desarrollo de planes individualizados e integrados de tratamiento, y el impulso de programas de continuidad de cuidados y tratamiento asertivo en la comunidad.

En resumen, esta nueva estrategia consiste en desarrollar nuevas respuestas a quienes, por la naturaleza de su proceso patológico, presentan más dificultades para el abordaje normalizado desde las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC).

El Estudio Europeo de Epidemiología sobre Trastornos Mentales⁷ mostró que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines en España estaría alrededor de 7

⁶ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y consumo. 2007.

⁷ Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. Actas Española de Psiquiatría. 2003. N 31.

casos por 1.000 habitantes, similar a la hallada en estudios internacionales. La prevalencia asistida de esquizofrenia obtenida por medio de los siete registros de casos que funcionaban en España en 1998 se sitúa entre 2 y 4,5 casos por cada 1.000 habitantes.

Con esto datos y basándonos en las recomendaciones en política sanitaria anteriormente descritas, existe un porcentaje de pacientes que pueden estar recibiendo una atención inadecuada o deficiente. Este déficit de atención a las personas con TMG se evidencia, diariamente, en aspectos fácilmente medibles como el número de reingresos en las unidades de hospitalización o el elevado número de personas sin hogar que padecen un TMG (entre el 30 y 40%). A priori, estos datos establece la necesidad de programas asertivos comunitarios siguiendo las recomendaciones de la OMS (2005) y el Ministerio de Salud (2007).

METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO.

Los programas asertivos en la comunidad no aportan un procedimiento terapéutico novedoso, sino más bien promueven una atención más coordinada, estructurada e individualizada a las necesidades reales del paciente.

Desde los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario se plantean los siguientes cambios relevantes:

1. En relación a la actitud de los profesionales de la salud ante las necesidades de los pacientes. El enfoque más tradicional adopta una actitud reactiva, es decir, comienza a plantear intervenciones terapéuticas cuando se produce una demanda explícita por parte de la persona afectada. El enfoque asertivo implica la necesidad de una actitud más proactiva por parte del profesional, donde la detección activa de necesidades críticas de la persona afectada y la búsqueda de soluciones en su entorno natural han de ser los elementos claves de la acción del cuidado de salud.

2. La atención ha de ser integral, flexible, individualizada en la persona atendida y sus necesidades percibidas. Como consecuencia directa de este planteamiento se produce la recuperación de la variable *sujeto terapéutico*. En este caso, el *sujeto* trasciende a la variable *objeto terapéutico* y aparece no como un mero receptor del plan terapéutico, sino como una parte activa y determinante en la delimitación de los objetivos, intervenciones y el proceso terapéutico.

El *sujeto* se coloca en una posición diferente con respecto a la situación pasiva que tradicionalmente se le daba. Ahora no es el sistema en su posición

hegemónica de experto el que valora los aspectos que son significativos en el planteamiento terapéutico, sino que son las necesidades percibidas por la persona afectada las que se posicionan trascendentes.

Este cambio de orientación, trae consigo la necesidad de un reposicionamiento en la relación profesional-paciente. De la relación de poder y dirección tradicional y basada en el modelo medico hegemónico se ha de pasar a otra donde la interdependencia, la flexibilidad y la cooperación son trascendentales.

3. La arena de la acción terapéutica es el medio natural donde el sujeto convive y desarrolla su proceso vital. La intervención tendrá más valor en la medida en que se desarrolle en el contexto habitual y logre movilizar los recursos que dentro del mismo puedan ser utilizados. Dicho enfoque asume los principios de la intervención en cuidados enfermeros familiar y comunitaria centrada, en este caso, en el campo de la Salud Mental.

4. El enfoque de los cuidados se centra en la recuperación funcional del paciente enfatizando *el empoderamiento* como elemento clave para que la persona recupere el control sobre aquellos factores que comprometen su *calidad de vida*.

5. Se produce un cambio de objeto terapéutico, el objetivo final varía, pasa del *control sintomático a las necesidades personales*, es decir, el cese o atenuación

de los síntomas no corresponde a una recuperación funcional con una mejora de la calidad de vida. Desde esta perspectiva, el tradicional control del síntoma es ahora insuficiente para la consecución de la *recuperación autopercebida*, apareciendo nuevas competencias como la capacidad de afrontamiento del proceso vital en su contexto natural, la integración social, el apoyo familiar, la orientación ocupacional-Laboral. En resumen, la calidad de vida en su concepto subjetivo siendo los valores personales, de naturaleza más compleja que conllevan el control de una multiplicidad de necesidades personales, sociales y familiares que trascienden del signo biológico.

El modelo de intervención asertivo comunitario es, metodológicamente, un programa de *gestión de casos* en el ámbito comunitario, con una estrategia de red, en donde el epicentro es el sujeto cuyo caso es coordinado por varios recursos de diferente naturaleza (sanidad, social, laboral, ocio...).

OBJETIVOS

Los objetivos y actividades de un programa asertivo comunitario resulta complejo. La resolución de los objetivos como la estructura de trabajo planteada no se adapta a un proceso lineal, sino que el proceso tiende a ser de carácter

complejo y de apariencia caótica. Los objetivos específicos que se pueden tratar en un programa asertivo son:

1. Ofrecer atención sociosanitaria en el entorno natural de las personas que sufren TMG:

El enfoque de cualquier intervención en salud debe darse en el entorno natural (hogar, barrio, alojamiento alternativo....) ya que es ahí donde las habilidades de adaptación, de afrontamiento de su proceso vital adquieren todo el significado antropológico convirtiéndose la persona en actor principal de su propio proyecto de vida. En este entorno es donde conoceremos si la actitud hacia él es de tolerancia, soporte o rechazo, así como los riesgos de exclusión social.

2. Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados accesible y cercano:

La continuidad de cuidados en el entorno natural y con personas con un diagnóstico de TMG, supone un trabajo activo de búsqueda de alternativas en función de las diversas necesidades que aparecen en el proceso personal de recuperación. Para que el sistema de cuidados sea eficaz de cara a garantizar la continuidad de cuidados debe cumplir las siguientes características:

- Proveer de atención individualizada y consensuada con la persona afectada y el entorno familiar, para frenar los

procesos de deterioro y abandono. La eficacia de la relación terapéutica dependerá del producto de la relaciones entre cada sujeto y sus referentes (medico, enfermero, trabajador social, educador de calle....). Esta relación será uno de los elementos determinantes del éxito, por lo que la planificación de los cuidados debe sustentarse sobre un compromiso a largo plazo, que requiere confianza y trabajo en equipo.

- La operatividad de un Plan Individualizado de Cuidados (PIC) como herramienta donde se especifican las necesidades detectadas y las actuaciones que habrán de aplicarse adaptadas a los ritmos idiosincrásicos de cada sujeto.
- Asegurar la accesibilidad al equipo de cuidados del sujeto y sus referentes como piezas fundamentales en la recuperación.

3. El desarrollo de equipos multidisciplinares:

La eficacia del programa asertivo comunitario depende en gran medida de la capacidad de trabajo en equipo consensuando los planes de intervención en los casos (PIC). La dinámica de trabajo que se cree en el equipo es fundamental para crear equipos de TAC efectivos; la

accesibilidad entre profesionales, asegurar el acceso a la persona de referencia en la Unidad de Salud Mental Comunitaria, urgencias de las Unidades Hospitalarias de Salud Mental, Hospital de Día y/o Unidad Rehabilitadora. El equipo de TAC conforma un dispositivo de enganche y transición entre las Unidades de Salud Mental Comunitarias y el resto de dispositivos rehabilitadores. De esta manera se agiliza y recorta los trámites burocráticos.

4. Potenciar la prevención y promoción de la salud:

La prevención secundaria y terciaria y su aplicación a las personas afectadas por TMG, implica desarrollar estrategias que permitan la detección y eliminación de disfuncionalidades, tanto en el plano físico como en el psíquico, con repercusión en los límites de la calidad de vida. De esta manera se frena el deterioro y el abandono que produce la enfermedad mental intentando así disminuir el estigma.

FASES DE LA INTERVENCION ASERTIVA COMUNITARIA.

Las fases de la intervención asertiva no siguen un esquema lineal, el proceso terapéutico se solapa, siendo frecuentes las regresiones. Para el estudio y

diferenciación se puede presentar diferentes fases o etapas⁸:

1. Fase de contacto: se interviene a instancias de la derivación realizada por los equipos de psiquiatría de los diferentes dispositivos (Unidad Agudos, de Media Estancia, Larga Estancia, Hospital de día, Unidades Salud Mental Comunitarias).

2. Fase de evaluación: esta etapa que se va superponiendo con la siguiente, se inicia en los primeros contactos de conformación del *vínculo terapéutico*. En esta etapa se realiza la evaluación funcional con especial incidencia en el espacio temporoespacial en sus dos vertientes; su forma (la evaluación no se da en las condiciones habituales del consultorio profesional), y su contenido. Dada la peculiaridad de la intervención asertiva, resulta difícil realizar una evaluación funcional estándar.

La evaluación en los programas asertivos tiene las siguientes propiedades: la continuidad en el tiempo; el acoplamiento al tiempo que marca el usuario; la fuente primordial de información sobre el sujeto proviene de su contexto. Es conveniente cotejar la información que nos aporta el usuario, coordinándonos con el resto de

⁸ Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2010, pp 117-121.

equipos de intervención. Es básico escuchar las prioridades del paciente desde las necesidades autopercibidas. En este sentido, cobra especial relevancia la exploración y el desarrollo de la motivación personal. Como instrumento objetivo específico de evaluación, se emplea la *Escala HoNos*⁹ traducida por Uriarte et al. (1999) para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Nos aporta una medida de gravedad que explora doce áreas agrupadas en problemas conductuales, clínicos y psicosociales.

3. Fase de enganche. Se encamina a lograr una alianza terapéutica que permita el desarrollo de las intervenciones. Conlleva un proceso largo que sienta las bases a la adherencia e integración. Puede aparecer el riesgo de que se establezcan relaciones de dependencia y estancamiento.

4. Fase de apoyo. Se produce la consolidación de sus resultados y persiste

el soporte, aunque se haya solucionado lo que inicialmente se pretendía.

5. Fase de conclusión. Supone el paso exitoso a otra dimensión. En ocasiones suele ser una fase muy larga en la que, con contactos muy escasos y espaciados, se permite la despedida, evitando recaídas.

PAPEL DE ENFERMERIA EN LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO¹⁰.

El papel del personal de enfermería del Equipo de TAC se basa en una participación activa en el proceso de evaluación y plan individual de tratamiento del paciente.

Toma parte activa, junto con el resto del equipo, en los programas específicos con las personas atendidas, el medio familiar, los servicios sanitarios y la red de apoyo social. Para ello se servirá de un Plan de Atención de Enfermería sustentado en el paradigma de Autocuidados de Dorothea Orem y operativamente basado en patrones funcionales de salud (Marjory

⁹ *Versión en Lengua Castellana de:*

Escalas de Evolución HoNOS.

Uriarte JJ*, Beramendi V*, Medrano J**

Wing JK***, Beevor AS***, Curtis R***

*Hospital Psiquiátrico de Zamudio. S^o Rehabilitación. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

**Hospital Psiquiátrico Las Nieves.

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

***Royal College of Psychiatrists. College Research Unit

¹⁰ Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2010, pp 109-113.

Gordon) y las necesidades de cuidados que deriven de éstos.

A continuación se plantean los programas-cuidados enfermeros específicos del TAC, sin olvidar que éstos deben plantearse de la manera más amplia posible sin olvidar las capacidades y cualidades más conservadas (modelo Orem de competencias y autocuidados) del paciente y las necesidades percibidas por él mismo:

Atención individualizada para la recuperación de los déficits de autocuidado: áreas directamente relacionadas con las rutinas cotidianas en higiene, alimentación, descanso, hábitos y costumbre personales nos ponen en alerta y especial cuidados a la hora de plantear algunos cuidados que le puedan beneficiar.

Recuperación de déficits en habilidades instrumentales: habilidades críticas para la adaptación en el contexto natural, mantenimiento del hogar y lugares de convivencia, uso de medidas de seguridad, manejo doméstico, adaptación en la gestión de burocracia cotidiana, búsqueda de alojamiento, gestión de recursos económicos... diseñar un entrenamiento para fomentar su autogestión adaptado a las competencias individuales es objetivo para la recuperación de este déficit.

En la mayoría de las ocasiones será necesario realizar el acompañamiento en la gestión hasta su resolución que en muchas ocasiones se coordinará para la gestión de otros servicios de la red de apoyo social.

Fomento del cuidado integral de la salud: conseguir la adherencia al plan terapéutico y a los dispositivos de salud debe ser un objetivo primordial, teniendo en cuenta que el TAC se mantendrá hasta que la vinculación a los servicios este consolidada. Intervenciones terapéuticas para el fomento de la salud son: la adhesión al tratamiento farmacológico, cuidados de enfermedades somáticas, identificación y manejo de pródomos, de conductas adictivas, identificación y abordaje de hábitos sexuales, etc.

Guía y acompañamiento para el afrontamiento del proceso vital: Requiere una buena alianza terapéutica con la persona afectada y una excelente coordinación entre todos las personas miembros del equipo. Intervenciones basadas en áreas como el manejo de los síntomas, el insight, afrontamiento de situaciones estresantes, el fomento de la autoestima, etc..

Fomento de actividades ocupacionales en coordinación con la red de apoyo social: la capacidad de planificar el

tiempo y darle un sentido productivo a éste es fundamental para un buen afrontamiento de la situación vital. Para ello en coordinación con la red de apoyo social se plantean alternativas a la inactividad y aislamiento social y cognitivo, fomentando así las relaciones sociales. Búsqueda, mantenimiento de una actividad ocupacional, formativa, o laboral, en colaboración con otros servicios de la red de apoyo social.

Intervenciones específicas con la familia y entorno de cuidados:

coordinación mutua del sistema sanitario formal y el sistema de apoyo informal El abordaje familiar se considera una intervención básica en el proceso terapéutico para el paciente y una medida protectora hacia la cuidadora o cuidador.

La familia participará directamente y activamente en el proceso terapéutico, entrenando en las estrategias de afrontamiento más eficaces para una gestión emocional adecuada.

Coordinación e integración con los diferentes dispositivos sanitarios:

aspecto fundamental para la consecución de resultados positivos es la capacidad de integrar los diferentes servicios asistenciales de la red de Salud. De esta manera conseguiremos que el paciente consiga un acercamiento más eficaz del paciente a su dispositivo de referencia para potenciar el cuidado de las

enfermedades somáticas y el seguimiento de pruebas específicas. Ofrecer apoyo y acompañamiento en el proceso de adherencia es calve para la consecución de una mayor autonomía del paciente.

No podemos olvidar que el programa asertivo comunitario está orientado a personas con difícil o nula vinculación a los servicios, y cada intervención debe ser planificada para que, en un plazo razonable, estos individuos esté vinculados al menos a un equipo donde puedan recibir los cuidados necesarios¹¹.

COORDINACION CON LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS¹².

La filosofía comunitaria es la base de la atención en Salud Mental. La comunidad tiene un enorme potencial terapéutico, es todo un recurso. Desde una concepción integral, la separación de lo social y lo sanitario no es fácil, más bien es una línea continua donde se mezclan las

¹¹ Bravo Ortiz MF. "Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica". Rivas F. La psicosis en la comunidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. N 24, pp 351-381.

¹² Protocolo de coordinación sociosanitaria para el municipio de Bilbao. Osakidetza. Febrero 2015.

necesidades, de tal manera, que la interdependencia y actuación coordinada debe ser una característica básica para llenar de contenido el espacio sociosanitario (salud, servicios sociales, organizaciones ciudadanas etc.), utilizando todos los recursos existentes. Conocer la zona donde la persona afectada vive y que servicios ofrece ayuda a mantener a esta en su entorno. Establecer vías ágiles de coordinación con las personas responsables de los diferentes recursos socio comunitarios se muestra como variable crucial para poder dar una respuesta integral a las necesidades de las personas afectadas. Los objetivos en la coordinación sociosanitaria de los programas asertivos comunitarios son:

1. Con los recursos públicos no sanitarios: con recursos como unidades de estancia diurna, ayudas económicas, recursos residenciales, servicios de ayuda domiciliaria, pisos tutelados, atención a drogodependencias, etc.... Gestionados tanto por la Administración Local como Autonómica

Contar con un censo actualizado de recursos sociales es herramienta para conseguir mayor implicación en la cobertura de necesidades básicas de los pacientes mediante una vía ágil con capacidad de gestión y de respuesta en estos recursos.

2. Con los recursos privados:

El programa asertivo comunitario tiende a acercar y acompañar al sujeto que lo requiera a los recursos privados de la zona, para favorecer la integración en las actividades que sean de su interés. Recursos como: asociaciones de familiares de enfermos mentales, asociaciones de autoayuda, centros residenciales de alojamiento para personas con TMG con dificultades para la emancipación, talleres ocupacionales, empresas protegidas de empleo.

Para favorecer la adaptación de las personas derivadas a estos recursos, los equipos de TAC habrán de garantizar una adecuada continuidad asistencial, facilitando la atención del usuario, con el tiempo y la frecuencia necesaria en el lugar donde ese encuentre el paciente (recursos residencias, taller ocupacional, centro de día.....).

Además los equipos asertivos comunitarios mantienen un acompañamiento durante el tiempo necesario para favorecer la integración a las actividades que sean de su interés.

CONCLUSIONES

Siguiendo el III plan estratégico de Salud Mental de La Rioja. 2015 - 2019¹³, en su punto 3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente recomienda la *intervención precoz desde la USM, que debe incluir la derivación a recursos de rehabilitación para evitar el deterioro y las situaciones de “puerta giratoria”; y de un programa de seguimiento comunitario.*

Desde esta recomendación se inicia, el 4 de Febrero de 2019, la andadura de un programa asertivo comunitario para pacientes con TMG y que cuenta con un psiquiatra, un enfermero y un auxiliar de enfermería.

Las conclusiones derivadas de la revisión de bibliografía en relación a los programas asertivos comunitarios en salud mental son:

1. Conforman una estructura metodológica para proveer unos cuidados en salud eficientes a una población con un perfil específico dentro de los programas de atención a la enfermedad mental. Pacientes que presentan alto riesgo de exclusión sanitaria y social ya que, por su perfil, la atención por los servicios de

Salud Mental normalizadas es parcial¹⁴.

2. Los programas asertivos comunitarios se basan en un modelo comunitario que inspira la atención holística del sujeto. Las personas con criterios para la inclusión en este tipo de programa presentan altos niveles de disfuncionalidad que van a requerir respuestas más creativas y flexibles y que requieren de una coordinación en red, con recursos del área sanitaria, social y laboral.
3. Este tipo de actuación debe instaurarse dentro de una cartera de servicios sanitaria. Los profesionales sanitarios valoran la idoneidad del perfil a las personas que terminan por beneficiarse de estos programas, garantizando con ello que la atención a la persona sea óptima.
4. Para que la continuidad y la operatividad de los programas de tratamiento asertivo comunitario sean una realidad, la dotación de recursos humanos, materiales y formativos deben ser apropiados a la idiosincrasia de la población a

¹³ III Plan de Salud Mental en La Rioja. Servicio Riojano de Salud. 2015-2019: 56-60.

¹⁴ Asociación Española de Neuropsiquiatría. Documento de consenso sobre el estigma de la enfermedad mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2008. N 103.

atender. Contar con la motivación de los profesionales para llevar a cabo estos programas es fundamental ya que la complejidad de la tarea, el desgaste, la frustración y la dificultad de abordaje de las personas incluidas en los

programas hacen imprescindible un respaldo institucional, sin el cual el personal está expuesto a un alto riesgo de autolimitación en su nivel de implicación y calidad de la respuesta comprometiendo la viabilidad del programa.