

La piedra filosofal

J. J. Uriarte

Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

“Toma un pedacito de esta exquisita medicina, tan grande como una judía. Échalo en mil onzas de mercurio y todo se transformará en un polvo rojo. De este polvo echa una onza en mil onzas de mercurio, que se transformará en polvo rojo. De este polvo, coge nuevamente una onza y échala en mil onzas de mercurio y todo se convertirá en medicina. Coge una onza de la misma y échala en mil onzas de mercurio nuevo, y todo se convertirá nuevamente en medicina. De esta última medicina echa una onza en mil onzas de mercurio y entonces se transformará en oro, que será mejor que el oro de las minas.”

La búsqueda de soluciones a los problemas clínicos y psicosociales que padecen las personas con enfermedades mentales graves sigue siendo una tarea inacabada y compleja, propia de un alquimista, y de resultados hasta el momento mediocres en el mejor de los casos. Los progresos de las neurociencias y los nuevos fármacos antipsicóticos no parecen haber modificado esencialmente la evolución a largo plazo. Lo mismo puede decirse de otros abordajes que han ido haciendo fortuna para después perder fuerza y presencia, tras el desaliento que sigue a la falta de cumplimiento de las expectativas creadas. Sin embargo, muchos de tales abordajes han mostrado utilidad, aunque los resultados de los ensayos clínicos sean a menudo contradictorios, o persistan dudas sobre la utilidad clínica rutinaria de intervenciones cuya eficacia parece clara en el ámbito experimental. Uno de los objetivos pendientes de la investigación es el de delimitar los elementos fundamentales, cruciales o críticos en el abordaje clínico cotidiano que se relacionan con mejores pronósticos, y la manera en que estos elementos críticos pueden ser introducidos de forma rutinaria en la práctica clínica.

Uno de los candidatos a elemento crítico o *piedra filosofal* en la asistencia a esta población es la llamada *continuidad de cuidados*, concepto cuyo significado más o menos todos entendemos, pero cuya traducción concreta en la práctica clínica diaria es mucho menos clara. Una de sus expresiones, y sin duda uno de los abordajes que mayor reputación tiene en cuanto a su importancia en la asistencia a estas personas (especialmente a las de evolución más grave), en ámbitos asistenciales modernos y de alto nivel de recursos (como es el caso de los países occidentales) son los sistemas de seguimiento intensivo comunitario, cuyo referente más admitido es el tratamiento asertivo comunitario (*Program of Assertive Community Treatment* [PACT] o *Assertive Community Treatment* [ACT]).

El tratamiento asertivo comunitario fue desarrollado a finales de los años 70 en Mendota, Wisconsin, de la mano de Arnold Ludwig, Leonard Stein, Mary Ann Test y Arnold Marx¹. Inicialmente el objetivo fue el de desarrollar e implementar intervenciones dirigidas a pacientes hospitalizados, pacientes en todo caso graves y de curso crónico con importantes discapacidades. Sin embargo rápidamente detectaron que los pacientes que mejoraban lo suficiente para ser dados de alta reingresaban en poco tiempo. A partir de aquí dirigieron sus esfuerzos a desarrollar un sistema de intervenciones y dispositivos de apoyo en la comunidad con el objetivo de ayudar a los pacientes a vivir de forma estable en la comunidad y evitar reingresos: un programa de seguimiento intensivo en la comunidad tras el alta, en estrecha relación con la red social y familiar de los pacientes, con gran disponibilidad horaria y flexibilidad de intervención para ayudar a los pacientes a afrontar todos los posibles problemas que puedan surgir en la vida cotidiana. Aunque existen referencias de su eficacia en metaanálisis de ensayos clínicos controlados², no está tan claro sin embargo que dicha eficacia se mantenga en diferentes contextos asistenciales. Tampoco se conocen suficientemente los elementos fundamentales del programa que se relacionan con su eficacia clínica.

En ese sentido, hace 5 años, la revista *British Journal of Psychiatry* publicó una serie de artículos (concretamente 10, además del editorial firmado por Tyrer), firmados por un plantel de investigadores liderados por Graham Thornicroft, en los que se presentaban los resultados del llamado Estudio PRISM³. Diez artículos en un mismo número de una revista, además de un editorial que puede describirse como entusiasta, no es algo habitual, y no puede desdenarse el impacto político que dicha publicación pudo tener, en momentos en los que la asistencia comunitaria a la enfermedad mental grave estaba siendo bastante cuestionada en dicho país y en otros de su entorno. En líneas generales, el estudio trataba de evaluar el verdadero impacto de los programas de seguimiento comunitario en pacientes graves en el Reino Unido, en su uso clínico rutinario, así como sus costes, en comparación con la asistencia estándar, con resultados poco alentadores. La publicación de tales resultados dio pie a una agria polémica, en las propias páginas de la revista, en las que gente como Marshall, Bond, Shepherd, Sashidharan y los propios Stein y Mary Anne Test⁴⁻⁶ discutieron la validez del estudio y atribuyeron la falta de resultados tanto

Correspondencia: J.J. Uriarte.
Correo electrónico: jota.jota@telefonica.com
juriarte@hzam.osakidetza.net

a las limitaciones del diseño como a una inadecuada aplicación del modelo asertivo comunitario.

A pesar de las dudas que en dicho momento el estudio PRISM pudo suscitar, el hecho es que a partir del año 2001 se decidió la puesta en marcha, en el área de Londres, de equipos de seguimiento asertivo comunitario como complemento a la asistencia proporcionada por los equipos comunitarios de salud mental, dirigidos al seguimiento de personas con enfermedad mental grave y alta necesidad de cobertura. Cinco años después de la publicación del estudio PRISM, el propio *British Journal of Psychiatry* ha publicado en su número de agosto de 2003 tres artículos en los que se evalúan esos equipos⁷⁻⁹; el estudio publicado evalúa la asistencia proporcionada por 24 equipos de este tipo en el área metropolitana de Londres.

Los resultados de este estudio pueden resumirse en:

1. Parece evidente que la fidelidad al modelo original del PACT es bastante discutible, y que la manera en que esta asistencia se lleva a cabo es muy heterogénea.

2. Otro de los resultados del estudio, ya apuntado en las revisiones previas del PACT, es que la satisfacción del personal que trabaja en estos equipos parece razonable, y que los niveles de *burn-out* son reducidos, a pesar del tipo de población que atienden.

3. No sorprendentemente, el estudio señala que el perfil de los pacientes psicóticos asistidos por el programa manifiestan problemas como el abuso de sustancias asociado (el tan de actualidad *diagnóstico dual*) y conductas violentas. Y que a pesar de todos los esfuerzos, un tercio de los pacientes precisan hospitalización en un período de 9 meses, y una quinta parte de ellos, hospitalizaciones involuntarias.

¿Qué conclusiones pueden extraerse de esta situación? Desde mi modesta opinión, y más allá de disquisiciones técnicas, resultados de ensayos clínicos, o fidelidad técnica a los “manuales” del PACT, la práctica cotidiana parece refrendar día a día que los modelos de asistencia comunitarios que funcionan con alta intensidad de cuidados, proximidad en el seguimiento y asertividad en las actuaciones, con equipos multidisciplinarios, cobertura horaria amplia, disponibilidad elevada, intervenciones básicas psicosociales basadas en evidencia, etc. son claramente útiles para mantener a los pacientes graves en contacto con los servicios, reducir hospitalizaciones, o garantizar que las mismas se produzcan antes de que surjan situaciones de riesgo. Uno de los resultados a mi juicio más relevantes tiene que ver con los equipos asistenciales, y la capacidad de los abordajes comunitarios de alta intensidad de cuidados para generar niveles de satisfacción en el trabajo en las personas que los componen. Mi impresión es que esto tiene que ver con la capacidad para realizar seguimientos continuados, y para actuar de forma eficaz en caso de descompensación; la mayor retención de los pacientes y la capacidad de los equipos para mantenerlos en contacto con los servicios

produce, sin duda, una sensación subjetiva de competencia y utilidad del trabajo que se pierde en los modelos en los que los pacientes parecen circular por el sistema de forma anárquica, rebotando de servicio en servicio, dando impulso a las puertas giratorias del sistema y desafiando todos nuestros abordajes más o menos sofisticados.

Otra conclusión posible es la de que los equipos de asistencia intensiva comunitaria no sustituyen de forma completa a otros servicios, y que su existencia no solventa, por arte de magia, los problemas de una población compleja. Es decir, para que dichos equipos funcionen y atiendan de forma satisfactoria a esta población es necesario garantizar el acceso a la hospitalización cuando se estime necesario, y contar con los recursos adecuados para ello. En la medida en que la población con enfermedad mental grave va viendo cubiertas sus necesidades con el crecimiento en recursos y con modelos asistenciales más acordes con una asistencia normalizada y respetuosa con los derechos de las personas afectadas, los colectivos más graves y con problemas de más difícil encaje precisan soluciones más imaginativas, y planes asistenciales más complejos, en los que ninguno de los recursos está de sobra.

Si en algún momento alguien creyó que el estudio PRISM ponía en cuestión el modelo de asistencia comunitaria a la enfermedad mental grave, o pensó en utilizar sus críticas para dar una vuelta atrás que devolviera a los pacientes graves a las instituciones, el tiempo demuestra que estaba muy equivocado. No puede, por otro lado, argumentarse el fracaso de un modelo que en la mayoría de los lugares jamás ha sido puesto en práctica en toda su extensión. La falta de recursos comunitarios para la asistencia a la enfermedad mental grave, la precariedad de los que están en funcionamiento, la “socialización” y “desmedicalización” de tales pacientes, abocados a la asistencia en servicios sociosanitarios pobremente dotados, no tiene nada que ver con una adecuada asistencia comunitaria, con programas de alta intensidad y cobertura y la provisión de una asistencia médica, psiquiátrica y psicosocial integrada y acorde con la evidencia.

La piedra filosofal está ya descubierta. Es posible que no sea oro todo lo que reluce, pero si fuéramos capaces de poner en marcha lo que ya sabemos que es eficaz y efectivo y así estrechar la brecha entre la investigación y la práctica clínica cotidiana, la evolución y la calidad de vida de nuestros pacientes mejoraría de forma ostensible, y los que trabajamos en este campo nos sentiríamos más satisfechos con nuestro trabajo.

Bibliografía

1. Stein L, Test MA. An alternative to mental hospital treatment I: conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archiv Gen Psychiatry* 1980; 37: 392-7.

2. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. En: Adams CE; Duggan L, de Jesus Mari J, editors. Schizophrenia Module of the Cochrane Database Systematic Reviews Oxford: Update Software, 1998.
3. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, et al. Rationale and design. PRISM Psychosis Study I. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 363-427.
4. Marshall M, Bond G, Stein LI, Shepherd G, McGrew J, Hoult J, et al. PRISM Psychosis Study. Design limitations, questionable conclusions. *Br J Psychiatry* 1999;175: 501-3.
5. Sashidharan SP, Smyth M, Owen A. PRISM Psychosis Study. Thero'a glass darkly: a distorted appraisal of community care. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 504-7.
6. Thornicroft G, Becker T, Holloway F, Johnson S, Leese M, McCrone P, et al. Community mental health teams: evidence or belief? *Br J Psychiatry* 1999; 175: 508-13.
7. Wright C, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: models of operation: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 1. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 132-8.
8. Billings J, Johnson S, Bebbington P, Greaves A, Priebe S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 2. *Br J Psychiatry* 2003; 183(2): 139 -47.
9. Priebe S, Fakhoury W, Watts J, Bebbington P, Burns T, Johnson S, et al. Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 3. *Br J Psychiatry*, 2003; 183(2): 148-54.