

UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

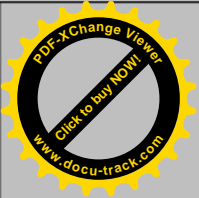
**TRATAMIENTO ASERTIVO
COMUNITARIO EN
PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL
GRAVE**

Alumna: Jurado Pulgar, Silvia

Tutor: Prof D. Jara Arias, Jesús Alberto

Dpto: Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**TRATAMIENTO ASERTIVO
COMUNITARIO EN
PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL
GRAVE**

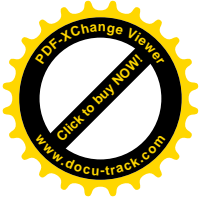
Alumna: Jurado Pulgar, Silvia

Tutor: Prof D. Jara Arias, Jesús Alberto

Dpto: Enfermería

Mayo, 2016

Firma del Estudiante:



ÍNDICE

1. RESUMEN /ABSTRACT	p. 3-4
2. INTRODUCCIÓN	p.5-13
2.1. Antecedentes de la temática	p.5-6
2.2. Presentación del tema	p.6-11
2.2.1. <i>¿Qué es el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)?</i>	p.6-7
2.2.2. <i>Enfermedad Mental Grave: definición y dimensiones</i>	p.7-8
2.2.3. <i>Perfil de usuario/a que atiende el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario</i>	p.8
2.2.4. <i>Características del Tratamiento Asertivo Comunitario</i>	p.9-10
2.2.5. <i>Objetivos generales del Tratamiento Asertivo Comunitario</i>	p.10-11
2.2.6. <i>Criterios de fidelidad del TAC</i>	p.11
2.3. Justificación de su relevancia	p.11-13
2.3.1. <i>Magnitud epidemiológica de los Trastornos Mentales Graves</i>	p.12
2.3.2. <i>Necesidad de mejoras en la calidad asistencial</i>	p.12-13
3. OBJETIVOS	p.14
3.1. Objetivo primario	
3.2. Objetivos secundarios	
4. METODOLOGÍA	p.15-21
4.1. Diseño	p.15
4.2. Criterios de selección	p.15-16
4.2.1. <i>Tipos de estudios</i>	p.15
4.2.2. <i>Tipos de intervención</i>	p.15
4.2.3. <i>Tipos de participantes</i>	p.16
4.2.4. <i>Tipos de medida de resultados</i>	p.16
4.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica: selección y revisión	p.16-21
4.3.1. <i>Bases de datos consultadas</i>	p.18-21
4.3.2. <i>Proceso de selección de referencias</i>	p.21
5. RESULTADOS	p.22-27
5.1. Participantes	p.22
5.2. Tipo de documentos incluidos	p.22
5.3. Medidas de resultado	p.22-27



6. CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN.....	p.28-30
7. BIBLIOGRAFÍA.....	p.31-33
8. ANEXOS.....	p.34-47
8.1. Anexo I: Tablas de resultados	

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS:

Figura I: Elementos vinculados a la eficacia del TAC.....	p.10
Tabla 1: Estrategia de búsqueda.....	p.17
Tabla 2: Búsqueda Bases de Datos.....	p.18-21
Figura II: Proceso de selección de referencias.....	p.21
Tabla 3: Resultados de documentos seleccionados.....	p.34-47



1. RESUMEN / ABSTRACT

Castellano:

Introducción: Las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG) presentan amplias necesidades que el tratamiento convencional se ve limitado para resolver satisfactoriamente. A finales de los años setenta surge el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) ante un intento de mejorar la atención sanitaria en la comunidad a personas con TMG, modificándola hacia servicios comunitarios de apoyo y seguimiento y definiendo una serie de características que permitieran que el paciente redujese los ingresos hospitalarios y no perdiera el contacto con los servicios comunitarios.

Objetivos: Identificar la eficacia del TAC en la prestación de cuidados y verificar si éste reduce los reingresos hospitalarios, mejora la calidad de vida, funcionamiento sociolaboral y satisfacción del/de la paciente.

Metodología: Se lleva a cabo una revisión de la literatura científica en múltiples bases de datos (PubMed, Cochrane, CSIC, Cinahl, PsycInfo, Dialnet, Cuiden Plus) tras la definición de los criterios de selección. Seguidamente se analizan y extraen los datos de interés de los documentos finalmente elegidos.

Resultados: Se obtienen un total de 23 documentos tras la exclusión de aquellos que no cumplieran con los requisitos exigidos. En múltiples estudios se obtienen diferencias significativas a favor del TAC en las medidas de resultado: reingresos hospitalarios, satisfacción, calidad de vida y sintomatología.

Conclusiones: Aunque se obtiene disparidad en los resultados y las medidas de resultado se ven influenciadas por el efecto de una serie de variables, se evidencia la eficacia del programa en la prestación de cuidados que garantizan una atención comunitaria e integral a las personas con TMG.

Palabras clave: Tratamiento asertivo comunitario, personas con Trastorno Mental Grave, eficacia.



Inglés:

Introduction: People with serious mental disorders (SMD) present a wide range of needs that conventional treatment is limited to resolve satisfactorily. At the end of the seventies the Assertive Community Treatment (ACT) Model appears to improve the sanitary attention in the community to persons with SMD, modifying it to community services and defining characteristics that allow the patient would reduce hospital admissions and not lose the contact with community services.

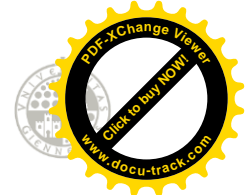
Objetives: To identify the efficacy of the ACT in the care service and to verify if it reduces the hospital admissions and improves the quality of life, sociolabour functioning and satisfaction.

Methodology: a review of the scientific literature in different databases is made (PubMed, Cochrane, CSIC, Cinahl, PsycInfo, Dialnet, Cuiden Plus) after the definition of the selection criteria. Then the information of interest is analyzed and the relevant data is extracted from documents finally chosen.

Results: Finally a total of 23 documents were obtained after exclusion of those who did not meet the requirements. In multiple studies are obtained significant differences in favor of the TAC in these outcome measures: readmissions, satisfaction, quality of life and symptoms.

Conclusions: Although in the results is obtained disparity and outcomes measures are influenced by the effect of a number of variables, the program's effectiveness is evident in providing care to ensure community and comprehensive to care to people with SMD.

Keywords: Assertive Community Treatment, people with Severe Mental Disorder, efficacy.



2. INTRODUCCIÓN

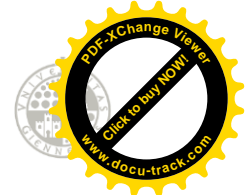
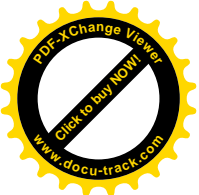
2.1. Antecedentes de la temática.

Al inicio de los años 70, los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica se apoyaron sobre muchos postulados de la psiquiatría comunitaria; atención ambulatoria, equipos comunitarios, atención residencial, atención hospitalaria aguda, rehabilitación, terapia ocupacional y ayuda al empleo. Este crecimiento perdió impulso con los años y no se consiguió el proceso de reforma institucional. Por ello, no se acompañó de un suficiente desarrollo de modalidades de atención especializada para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales graves y agudos. (1) (2)

Estas deficiencias se tradujeron en que aquellos/as pacientes con enfermedad mental grave se encontraran en una situación de especial vulnerabilidad, puesto que sus necesidades en salud mental no estaban cubiertas de manera adecuada (2). Esta falta de provisión de programas intensivos en la comunidad se hacía más evidente si se tiene en cuenta que aproximadamente el 30% de los/las pacientes con TMG abandonaba el contacto con los servicios de salud mental.(1)

En consecuencia, los Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario surgen en un periodo coincidente con el movimiento de desinstitutionalización americano y en un contexto donde el tratamiento era muy hospitalocéntrico y las alternativas a nivel comunitario estaban poco desarrolladas (1). Surgen ante la evidencia de que tratamientos efectivos durante la hospitalización dejaban de serlo cuando el/la paciente se reincorporaba a su vida diaria, lo que conllevaba una nueva hospitalización generalmente. (3) (4)

Emerge así esta alternativa asistencial como una opción de abordaje para aquellas personas con Trastorno Mental Grave que encontraban serios problemas para mantenerse adaptadas en el ámbito comunitario. El objetivo principal que motivó esta aproximación terapéutica fue el de combatir el fenómeno de “puerta giratoria”, que consistía en la alta reincidencia observada en aquellos/as pacientes que habían sido dados de alta de los hospitales psiquiátricos, y el de mejorar la calidad de vida de las personas con Trastorno Mental Grave Crónico. (3) (4) (5)



Desde su origen, estos programas se han sometido a numerosos estudios (tanto de eficacia como de costes) que ponen de evidencia que se trata de un formato de actuación eficaz de cara a reducir tanto el número de reingresos hospitalarios como la duración de los mismos, desencadenando a la vez en un alto nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Gran parte de los estudios que se publicaron al inicio, encontraron que el TAC lograba cambios bastantes significativos, promovidos en gran parte por el contexto hospitalocéntrico existente y la ausencia casi total de alternativas terapéuticas en la comunidad. (3)

No obstante, hoy día ha cambiado drásticamente la provisión de servicios y la propia sociedad, por lo que la evidencia está ahora muy matizada y no es tan concluyente, existiendo disparidad y controversia en los resultados de unos y otros estudios desde hace años. (3) (4)

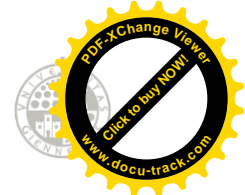
2.2. Presentación del tema.

2.2.1. ¿Qué es el Tratamiento Asertivo Comunitario?

El tratamiento asertivo comunitario emerge a principios de los años 60 en Estados Unidos, consolidándose entre 1970-1980 en Madison (por Leonard Stein, Mary Ann Test y Arnold Marx) bajo la denominación de “Entrenamiento para la Vida en Comunidad” que se puso en marcha en el Instituto de Salud Mental de Mendota y extendiéndose posteriormente al resto del mundo. (3) (6) (7)

El TAC consiste en *“Un programa en el cual un equipo multidisciplinar lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, rehabilitación y servicios de apoyo, para ayudar a personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica a evitar la hospitalización psiquiátrica y facilitar el vivir independientemente en un ambiente comunitario natural”*. (4) (8)

La meta principal de dicho programa será lograr una óptima integración en la comunidad en las personas con Enfermedad Mental Grave, prevenir la hospitalización psiquiátrica así como evitar las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y



exclusión social (tradicionalmente se han señalado como máximos factores de riesgo asociados a las recaídas y al sufrimiento añadido en las vidas de estas personas). (4) (8)

2.2.2. *Enfermedad Mental Grave: definición y dimensiones.*

En primer lugar, para el correcto abordaje de esta temática, se hace necesario delimitar y dimensionar el concepto de Enfermedad Mental Grave. Es empleado para definir a un extenso y difuso grupo de personas que sufren una enfermedad mental de larga duración.

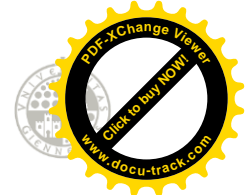
Goldman, Gatozzi y Tanbe (1981) definieron la población enferma mental crónica de la siguiente manera: “

“Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Asimismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos”. (4) (9) (10)

En este sentido, la definición que ha alcanzado un mayor consenso es la emitida por el Instituto Nacional de Salud mental (de EE.UU en 1987) que señala las tres dimensiones que el concepto de Trastorno Mental Grave crónico implica: (4) (5) (6) (8) (9) (10)

1) *Gravedad diagnóstica;* incluye a los trastornos psiquiátricos graves (excluyendo a los orgánicos) fundamentalmente psicosis funcionales y especialmente esquizofrenia, y algunos trastornos de personalidad.

2) *Grave deterioro en el desempeño psicosocial,* presencia de discapacidad: deficiencias en el funcionamiento en las grandes áreas (autocuidado, autonomía,



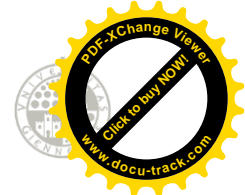
autocontrol, relaciones interpersonales, ocio-tiempo libre, funcionamiento cognitivo y funcionamiento laboral). Esta dimensión nos hace entender el imprescindible papel que juegan la atención psicosocial y social en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social.

3) *Larga duración o cronicidad*: implica evolución larga y en ocasiones de por vida (tiempo superior a los dos años). Para cumplir con dicho criterio, la persona debe haber recibido tratamiento psiquiátrico intensivo de duración significativa, tener historias de múltiples hospitalizaciones psiquiátricas o una de varios meses de duración o participación en un tratamiento intensivo.

2.2.3. Perfil de usuario/a que atiende el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.

Es necesario clarificar que la condición de persona afectada por un Trastorno Mental Grave es necesaria pero no suficiente para acceder a este tipo de programas. En esta misma línea, el perfil de usuario/a que atiende el TAC será: (3) (8) (11)

- Personas con Trastornos Mentales Graves cuya enfermedad comprometa el uso adecuado de los recursos y prestaciones que tienen derecho.
- Dificultades para su reinserción social y no tener garantizada la cobertura a sus necesidades más básicas: alimentación, alojamiento y asistencia sanitaria.
- Escaso o nulo cumplimiento del tratamiento y estar desvinculado/a o en riesgo de desvinculación de los servicios de salud mental.
- Evolución tórpica del trastorno con numerosos déficits que dificultan la adaptación a la vida comunitaria y no contar con apoyo socio-familiar o que éste sea desfavorable.
- Disminución de la calidad de vida y elevada necesidad de servicios.
- No presentar diagnóstico de trastorno de personalidad (intervenciones son ineficaces e incluso iatrógenas).
- Edad comprendida entre 18 y 60 años.



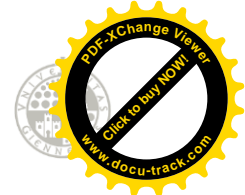
2.2.4. Características del Tratamiento Asertivo Comunitario.

La característica diferencial de estos programas reside en promover una nueva propuesta en la organización de la atención, debiendo estar más coordinada, estructurada y cercana a las necesidades reales de la persona atendida. En este sentido, se plantearon cambios muy relevantes: (3) (4) (5)

1. Equipo multidisciplinar: profesionales sanitarios/as y sociales (generalmente formado por psiquiatras, enfermeras/os, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales) los cuales prestan servicios de carácter holístico: tratamiento farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario.
2. Trabajo en equipo: asume, evalúa y trabaja los casos de manera conjunta y coordinada.
3. Actitud proactiva por parte del/de la profesional: detección activa de necesidades de la persona afectada y búsqueda de soluciones en su entorno natural (“enganche” y mantenimiento del/de la paciente dentro del programa).
4. Baja ratio profesional – paciente (10:1 o 20:1 cuando estables) y rápida respuesta a las múltiples necesidades de los usuarios y usuarias.
5. Disponibilidad las 24 horas del día (los 365 días del año).
6. Sin duración preestablecida; la actuación se sostiene por amplios periodos de tiempo, si es necesario de manera ilimitada.
7. Contacto flexible y frecuente: adecuación a las circunstancias particulares y contactos mínimos 3 a la semana.

Se trabaja sobre las diferentes necesidades del individuo, recalcando la importancia de intervenir sobre su sistema de soporte social y las redes naturales de su comunidad (“tratamiento in vivo”).

8. Necesidades básicas del individuo: alimentación, alojamiento, atención sanitaria, etc.
9. Desarrollo de habilidades para el manejo y consumo responsable de la medicación.



10. Trabajo con habilidades y actividades para la vida diaria (aseo, vestido, compra, cocina, transporte...).
11. Trabajo con las familias: psicoeducación, apoyo y participación en el plan de tratamiento cuando corresponda.
12. Trabajar sobre la conciencia de enfermedad y evitar la rehospitalización.

En esta línea, los elementos imprescindibles vinculados a la eficacia del TAC se pueden esquematizar de la siguiente forma (3):

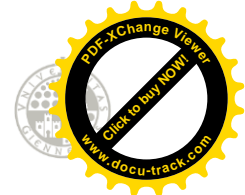


Figura I: Elementos vinculados a la eficacia del TAC. Elaboración propia.

2.2.5. *Objetivos generales del Tratamiento Asertivo Comunitario.*

Los objetivos deben plantearse de la manera más amplia e integral posible. Además, cada zona geográfica deberá adaptar su programa a las necesidades detectadas en su población. Los objetivos se plantearán en cuatro puntos fundamentales: (3) (5)

- Ofrecer atención sociosanitaria en el entorno natural (casa, vecinos, compañeros/as de trabajo, amistades, etc.).



- Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados cercano, accesible e individualizado, siendo la relación terapéutica el corazón de un TAC efectivo. Es decir, no se pretende solamente la provisión de recursos materiales y el aprendizaje de habilidades sociales más o menos básicas, sino también permitir que el/la paciente se sienta ayudado, comprobando que no se le ha abandonado ni dejado solo/a.
- Desarrollar equipos multidisciplinarios e intersectoriales; la dinámica de trabajo en el equipo es fundamental así como la coordinación con la red pública sociosanitaria (unidad de agudos, hospital de día, atención primaria, servicios sociales, etc.).
- Potenciar la prevención y promoción de la salud.

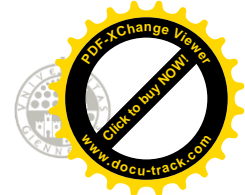
2.2.6. *Criterios de fidelidad del TAC.*

Los criterios que proporcionan firmeza y exactitud al TAC son los siguientes: (9)

- Se realizan reuniones de equipo, el cual comparte los casos.
- El equipo asume la responsabilidad del tratamiento, intervención en crisis y planificación del alta.
- Éste cuenta con enfermero/a, psiquiatra, especialista en drogodependencias y en actividades vocacionales-laborales. Además tiene un/a líder o responsable.
- La proporción de casos asignados a cada profesional; 1:10 (lo idóneo).
- Se garantiza la continuidad de los cuidados y el seguimiento asertivo por tiempo ilimitado proporcionando intervención “in vivo”.
- Se mantiene una política de evitar abandonos con una elevada intensidad de servicios y frecuencia de contacto (lo ideal, contacto directo con enfermería).
- Se definen los criterios de inclusión en el programa.

2.3. **Justificación de su relevancia.**

En lo que respecta a la importancia de la implantación de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario para las personas con TMG, se destacan las siguientes cuestiones que justifican la necesidad de tales programas en la actualidad.



2.3.1. *Magnitud epidemiológica de los Trastornos Mentales Graves.*

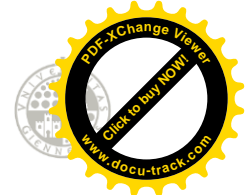
Las estimaciones que la Organización Mundial de la Salud realiza nos alertan de la magnitud epidemiológica de los trastornos de salud mental; los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo (lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial). Es la esquizofrenia la que se encuentra entre los trastornos con mayor peso. (12)

Existen importantes problemas para poder contar con datos fiables que nos indiquen la cantidad de personas que se podrían englobar bajo la categoría de enfermos mentales crónicos (atendiendo a los tres criterios nombrados anteriormente). La polisemia del término y la metodología utilizada para su identificación son dos obstáculos a los que múltiples estudios se han tenido que enfrentar para tratar de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de TMG. (9) (10)

El Estudio Europeo de Epidemiología sobre Trastornos Mentales (ESEMED) mostró que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines en España estaría alrededor de 7 casos por 1.000 habitantes, similar a la hallada en estudios internacionales. La prevalencia asistida (tasa de personas atendidas por los servicios sanitarios) 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. (3) (13)

2.3.2. *Necesidad de mejoras en la calidad asistencial en salud mental.*

Recientemente, la Declaración sobre Salud Mental para Europa considera la salud mental como una prioridad sanitaria, social y económica. Tal declaración es de especial relevancia como agente dinamizador de cambio puesto que reclama a los Sistemas Sanitarios Europeos a que formulen unas estrategias en Salud mental encaminadas a la potenciación de la atención comunitaria y que 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

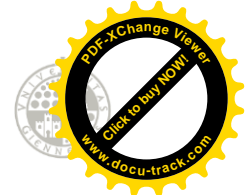
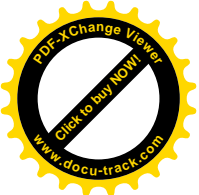


enfermedades mentales. No obstante, los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales (la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande; en países de ingresos bajos y medios entre un 76 y un 85% de las personas con TMG no reciben tratamiento, encontrándose igualmente elevada la cifra en los países de ingresos elevados, entre un 35 y un 50%). (3) (12)

Parece claro que la administración sanitaria ha de realizar un esfuerzo por dar una respuesta eficaz a las demandas de este colectivo, anclando nuevos formatos de actuación que presten una mejora en el nivel de atención que se está ofreciendo actualmente. Una óptima herramienta la constituirá la puesta en marcha de programas basados en la metodología de los tratamientos asertivos comunitarios que garanticen: (12)

- Una óptima continuidad asistencial.
- Un tratamiento individualizado y no exclusivamente farmacológico.
- Procedimientos que permitan una adecuada atención domiciliaria a las personas con enfermedad grave que se encuentren en situación de desvinculación o en riesgo de crisis.

En definitiva, un sistema de servicios de apoyo comunitario bien desarrollado asegura una mayor calidad de vida, autonomía y satisfacción de estas personas en la comunidad (así como una mayor permanencia en la misma). Es fundamental promover un sistema de atención integral y comunitaria a la población con Enfermedades Mentales Graves que brinde una red completa de recursos, dejando atrás el antiguo modelo de institucionalización y el actual modelo comunitario que acarrea deterioros que se podrían evitar o aminorar, el uso más frecuente de las camas hospitalarias o a una situación de mayor tensión y sobrecarga de las familias. (3) (12)



3. OBJETIVOS

En primera instancia, se procede a la descripción de los objetivos, los cuales servirán como punto de partida para la elaboración de esta revisión narrativa. Se describe un objetivo primario el cual orienta y guía ampliamente el estudio y cuatro objetivos secundarios que brindan una mayor precisión.

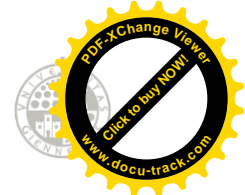
3.1. Objetivo primario.

El principal objetivo de esta revisión será: Identificar la eficacia del Tratamiento Asertivo Comunitario en la prestación de cuidados que garanticen una atención integral y comunitaria a las personas con Trastorno Mental Grave.

3.2. Objetivos secundarios.

Son cuatro los objetivos secundarios descritos, éstos son:

- Saber si el TAC logra una adherencia suficiente para la continuidad del tratamiento, incrementa el funcionamiento sociolaboral y mejora la calidad de vida de cada paciente.
- Verificar si reduce el número y duración de hospitalizaciones.
- Identificar la relación de su aplicación con el grado de satisfacción de pacientes y familias.
- Conocer los efectos del TAC en la estabilidad residencial, actividad delictiva y uso de sustancias.



4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño.

Para la realización de la metodología he seguido los siguientes pasos:

- i. En primer lugar, he definido los criterios de selección.
- ii. Seguidamente he llevado a cabo la búsqueda de artículos publicados en las diferentes bases de datos que describo más adelante.
- iii. Selecciono aquéllos cuyo título y resumen se corresponden con la temática y cumplen con los criterios de selección ya desarrollados previamente.
- iv. Reviso los artículos completos que he seleccionado y excluyo los que, con su lectura completa, no cumplen con los requisitos finalmente.
- v. Extraigo y analizo los datos de interés de los artículos elegidos.

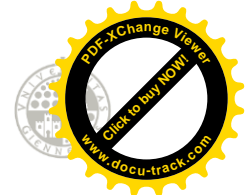
4.2. Criterios de selección.

4.2.1. Tipos de estudios:

Esta revisión se centrará en los estudios publicados a partir de la consolidación definitiva del Tratamiento Asertivo Comunitario (1980) hasta la actualidad. Esta selección se limita a aquellos publicados en los idiomas inglés y español, incluyendo tanto estudios primarios como secundarios.

4.2.2. Tipos de intervención.

Se eligen solo aquellos estudios cuyas intervenciones estén basadas en el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario y cuya finalidad fuese la prestación de una atención comunitaria haciendo hincapié en la integración, mantenimiento y mejora de la calidad de vida en la comunidad de las personas con Trastorno Mental Grave.



4.2.3. Tipos de participantes.

- Criterios de inclusión:
 - Se incluyen a pacientes que presentan Enfermedad Mental Grave de larga duración o cronicidad.
 - Diagnosticados de trastornos psiquiátricos graves (excluyendo a los orgánicos): esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor y trastornos por abuso de sustancias.
 - Con un gran deterioro evidente en el desempeño psicosocial.
 - Edades comprendidas entre 18 y 60 años.
- Criterios de exclusión:
 - Personas de edades menores de 18 años y mayores de 60 años.
 - Personas con trastorno de personalidad, trastorno mental orgánico o retraso mental.

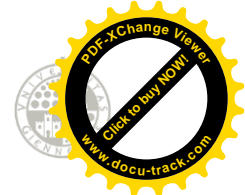
4.2.4. Tipos de medida de resultados.

Los estudios incluyen las siguientes medidas de resultados:

- Hospitalizaciones: duración y número.
- Gravedad de los síntomas.
- Funcionamiento sociolaboral (desarrollo psicosocial)
- Satisfacción con los servicios.
- Calidad de vida.
- Estabilidad residencial, actividad delictiva y uso de sustancias.

4.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica: selección y revisión.

Para la búsqueda de documentos he consultado las siguientes bases de datos electrónicas de enfermería, medicina y ciencias sociales: PubMed, Crochane Plus, PsycINFO, CINAHL, CSIC, MEDLINE y DIALNET. Además, el análisis bibliográfico lo he completado consultado buscadores electrónicos (como Google y Google Académico),



páginas webs (Organización Mundial de la Salud y World Psychiatric Association) y libros (“Enfermería Psiquiátrica”).

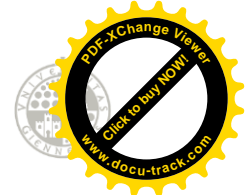
En la siguiente tabla expongo la descripción de mi estrategia de búsqueda, donde reflejo las bases de datos consultadas, el periodo buscado, la fecha o fechas de acceso y el número de resultados obtenidos:

<i>Base de datos</i>	<i>Periodo buscado</i>	<i>Fecha(s) de acceso</i>	<i>Resultados obtenidos</i>
Cochrane Plus	Hasta Febrero 2016 Versión 2016, nº3	04-01-2016 / 16-02-2016	78
Pubmed	Hasta Febrero de 2016	06-01-2016 / 20-02-2016	762
Cuiden Plus	Hasta Enero de 2016	06-01-2016	4
PsycInfo	1989-2016	09-01-2016 / 20-02-2016	309
Cinhal	1991-2016	09-01-2016 / 20-02-2016	228
CSIC	Hasta Enero de 2016	10-01-2016	12
Total documentos encontrados: 1393			

Tabla 1: Estrategia de búsqueda. Elaboración propia

En primer lugar, he procedido a realizar la *cadena de búsqueda*. He considerado modificaciones en la misma en función de la base de datos consultada, ya que en ocasiones ha sido necesario ampliar la búsqueda (utilizando truncamientos y sinónimos) o acotarla (añadiendo más condiciones a la cadena). Para formar la cadena de búsqueda he utilizado:

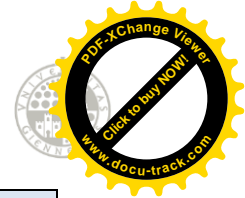
- Operadores lógicos “-AND”, “-y”, “-or”, “-o” y operadores de exactitud “-*”.
- Palabras clave: “Tratamiento Asertivo Comunitario”, “Assertive Community Treatment”, “salud mental”, “mental health”, “enferm* mental”, “severe mental disorder”, “Chronic Mental Illness”, “mental illness”, “psychiatric illness”, “psychiatric disorders”, “treatment outcome”.
- En función de la base de datos consultada: búsqueda avanzada y búsqueda simple junto con uso de etiquetas.



Seguidamente realizo la selección de los estudios a partir de la lectura del título y resumen de cada uno según los criterios de inclusión y exclusión anteriormente citados y excluyendo aquéllos cuyo tema no tengan relación directa y/o calidad no sea adecuada. Posteriormente he obtenido las publicaciones a texto completo, incluyendo aquellas en la que su elegibilidad no he podido determinar sólo mediante la lectura del resumen. Tras la selección de los artículos (título y resumen), procedo a su lectura completa y a la exclusión de aquéllos que finalmente no cumplen con los requisitos de mi búsqueda.

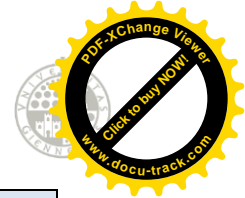
4.3.1. Bases de datos consultadas:

COCHRANE PLUS http://www.bibliotecacochrane.com				
<u><i>Cadena de búsqueda</i></u>	<i>Documentos encontrados</i>	<i>Documentos revisados (título y resumen)</i>	<i>Documentos revisados completos</i>	<i>Muestra final</i>
Tratamiento asertivo comunitario y (salud mental o enferm* mental):TA	1	1	1	1
Assertive community treatment and (severe mental disorders or mental health): TA	77	32	6	5
*Búsqueda simple TA → palabras claves en título y resumen.				6



PUBMED				
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed				
<u>Cadena de búsqueda</u>	Documentos encontrados	Documentos revisados (título – resumen)	Documentos revisados completos	Muestra final
(Assertive community treatment[mh] or assertive community treatment[tiab]) and (mental disorder[mh] or mental disorder[tiab]) and (treatment outcome[mh] or treatment outcome[tiab]) *Búsqueda: búsqueda simple. Uso de etiquetas: [mh] → término estandarizado MeSH [tiab] → búsqueda de la palabra en el título y abstract.	762	150	11	7

PsycINFO				
http://0-web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/ehost/search/advanced?sid=9516612b-9fd0-4da6-887f-8ff2117ecab0%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4104#				
<u>Cadena de búsqueda</u>	Documentos encontrados	Documentos revisados (título-resumen)	Documentos revisados completos	Muestra final
TI (assertive community treatment) AND SU (mental disorders or mental health or mental illness) *Búsqueda avanzada TI → términos en Título SU → término estandarizado	309	112	7	4



CUIDEN PLUS			
http://www.index-f.com/new/cuiden/			
<u>Cadena de búsqueda</u>	Documentos encontrados	Documentos revisados completos	Muestra final
Tratamiento asertivo comunitario y salud mental <i>*Búsqueda simple</i>	4	4	0

CINHAL				
http://0-web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/ehost/search/advanced?sid=3acd8122-0012-4cf2-86d2-4323bc9dd3bc%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4104				
<u>Cadena de búsqueda</u>	Documentos encontrados	Documentos revisados (Título – resumen)	Documentos revisados completos	Muestra final
(MH assertive community treatment or AB assertive community treatment or TI assertive community treatment) and (MH mental disorders or AB mental disorders or MH mental illness or AB mental illness or MH psychiatric disorders or AB psychiatric disorders or MH psychiatric illness or AB psychiatric illness) <i>*Búsqueda avanzada</i> AB → términos en resumen MH → término estandarizado TI → términos en título	228	82	10	4

DIALNET				
https://dialnet.unirioja.es/				
<u>Cadena de búsqueda</u>	Documentos encontrados	Documentos revisados (título – resumen)	Documentos revisados completos	Muestra final
Tratamiento asertivo comunitario y salud mental <i>*Búsqueda simple</i>	9	9	1	1

CSIC				
http://8085-bddoc.csic.es.avalos.ujaen.es/				
<u>Cadena de búsqueda</u>	<i>Documentos encontrados</i>	<i>Documentos revisados (título y resumen)</i>	<i>Documentos revisados completos</i>	<i>Muestra final</i>
Tratamiento asertivo comunitario y salud mental <i>*Búsqueda simple</i>	12	12	2	1

Tablas nº 2: Búsqueda Bases de Datos. Elaboración propia

4.3.2. Proceso de selección de referencias

La secuencia de la revisión de estudios la muestro en la siguiente figura:

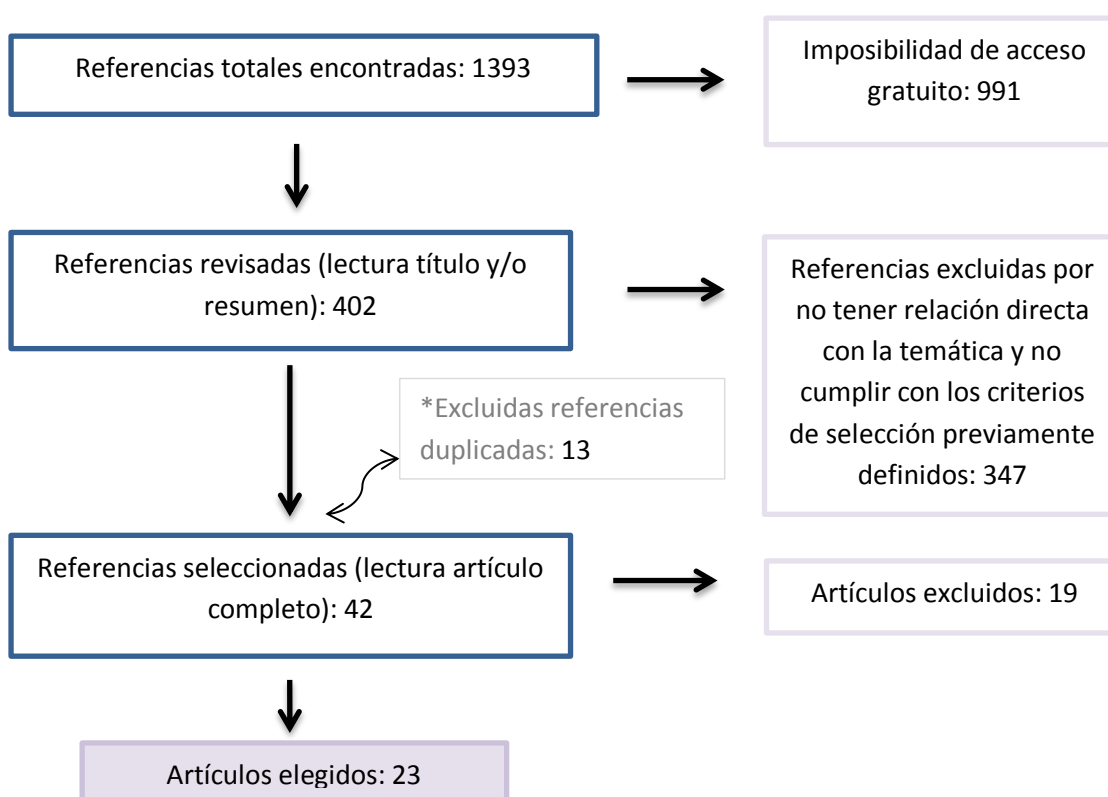
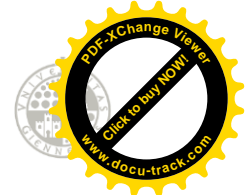
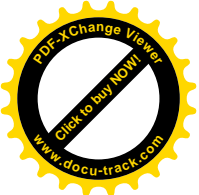


Figura II: Proceso de selección de referencias. Elaboración propia



5. RESULTADOS

Formada la cadena de búsqueda en cada una de las bases de datos consultadas y tras el proceso de lectura de los títulos y resúmenes, he revisado 402 referencias de las cuales he seleccionado 42 para su revisión completa. Finalmente he obtenido una muestra final de 23 documentos, excluyendo 19 artículos que tras su revisión completa no cumplían con los criterios que había establecido previamente y que con su lectura de título y resumen no podían evidenciarse.

Los resultados que obtengo finalmente de todos los documentos que he seleccionado los reflejo en el Anexo I.

5.1. Características de los participantes

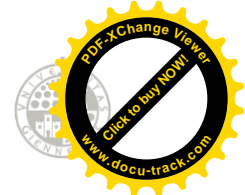
En todos los estudios analizados se incluyen a personas con Trastornos Mentales Graves, siendo los trastornos del espectro esquizofrénico los más habituales. En la mayoría existe un mayor porcentaje de hombres que de mujeres, con una media de edad de 38 años aproximadamente. Además en algunos estudios se incluyen: personas con trastorno por uso de sustancias, personas sin hogar o que hayan cometido actos delictivos.

5.2. Tipo de documentos incluidos

En la búsqueda se incluyeron documentos tanto primarios como secundarios cuyo tema de abordaje fuera el Tratamiento Asertivo Comunitario, obteniendo finalmente 17 documentos primarios y 6 documentos secundarios.

5.3. Medidas de resultado

La eficacia del Tratamiento Asertivo Comunitario en la prestación de cuidados a las personas con Trastorno Mental Grave radica en intervenciones comunitarias que incrementen la calidad de vida e independencia de los pacientes, disminuyan los reingresos hospitalarios y mejoren su funcionamiento biopsicosocial.



En los documentos seleccionados se procede a extraer y analizar los datos necesarios. Las premisas que se analizarán de cada documento (en concordancia con los objetivos planteados anteriormente) serán: tasas y duración de hospitalizaciones, calidad de vida, satisfacción, sintomatología y desarrollo biopsicosocial:

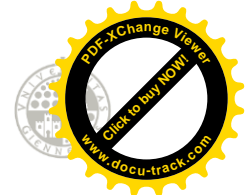
I. Número y duración de hospitalizaciones: El equipo multidisciplinar que compone el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario se caracteriza por una alta frecuencia de visitas domiciliarias y un continuo seguimiento, valorando el estado general del/de la paciente y evitando, en consecuencia, recaídas, reingresos e incremento del número de días hospitalizados. Quince documentos estudian, como medida de resultado, la duración y/o tasa de las hospitalizaciones, obteniendo finalmente¹:

- En cuanto a la *duración de los ingresos hospitalarios*: Lehman AF, 1997 (19); Botha UA, 2014 (17); López-Santiago J, 2012 (6); Lee C, 2015 (21); Tibbo P, 1999 (33) y Ben-Porath DD, 2004 (34) obtienen una menor duración de los mismos tras la aplicación del TAC.
- En lo que se refiere a las *tasas de hospitalización*: Salkever D, 1999 (15); Bond GR, 2001 (30); Botha UA, 2014; López-Santiago J, 2012; Lee C, 2015 y Tibbo P, 1999 muestran un mejor resultado con el TAC.
- *No se obtienen diferencias significativas* entre grupos en las tasas/duración de las hospitalizaciones en los documentos: Killaspy H, 2006 (14); Sytema S, 2007 (20); Drake RE, 1998 (28); Fekete DM, 1998 (27) y Nieves EJ, 2002 (32)

En el meta-análisis Ziguras SJ, 2000 (18) y la revisión narrativa Mueser KT, 1998 (26) se corrobora que el TAC debe estar dirigido a los/las pacientes que están en mayor riesgo de hospitalización ya que tiene ventajas demostrables en la reducción de ésta. Por el contrario, en la revisión sistemática Pérez LP, 2010 (16) no existe una evidencia sólida sobre las ventajas de este modelo en la actualidad, excepto quizás para el mantenimiento del contacto con los/las pacientes y la satisfacción de éstos/as.

El estudio Salkever D, 1999 muestra que la magnitud de este efecto varía con las características del/de la paciente y del programa, obteniendo mayores resultados

¹ Los documentos que utilizo para los resultados los menciono de la siguiente forma: primer autor y año.



en pacientes de mayor edad y con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

II. Calidad de vida y satisfacción con los servicios: La atención más especializada y la asignación de un pequeño número de casos por profesional debería de traducirse en una mayor atención percibida por el/la paciente, y en consecuencia un mayor grado de satisfacción y calidad de vida. Doce documentos estudian esta premisa obteniendo tales resultados:

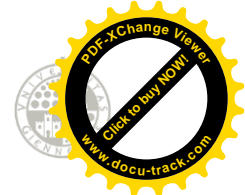
- Los documentos que evidencian una mayor satisfacción tras la aplicación del TAC son: Killaspy H, 2006; Calsyn RJ, 2005 (22), Fekete DM, 1998 (encuentra diferencias en la satisfacción con la vida en general), Ben-Porath DD, 2004 y Bond GR, 2001 (30)
- *No se encuentran diferencias significativas* en: Lehman AF, 1997; Sytema S, 2007; Drake RE, 1998 y Nieves EJ, 2002

La revisión sistemática Pérez LP, 2010 y el meta-análisis Ziguras SJ, 2000 muestran la existencia de evidencia sólida del TAC sobre el enganche y satisfacción de los/las pacientes y familiar con los servicios. En la revisión narrativa Mueser KT, 1998 se menciona sólo unos efectos moderados del TAC en la calidad de vida.

III. Funcionamiento sociolaboral: la atención sociosanitaria que se ofrece en el entorno natural de las personas con TMG tiene como objetivo principal desarrollar las capacidades de cada paciente en habilidades tanto de autocuidados como instrumentales. En menor medida, tan solo son cinco los documentos seleccionados que estudian el desarrollo biopsicosocial del/de la paciente:

- En el funcionamiento sociolaboral (ajuste social, vocacional y de empleo) no se obtienen diferencias significativas en los estudios: Killaspy H, 2006; Sytema S, 2007 y Fekete DM, 1998.

Una mejora del nivel de funcionamiento social se evidencia en el meta-análisis Ziguras SJ, 2000. En cambio, la revisión narrativa Mueser KT, 1998 muestra un efecto



escaso del TAC tanto en el funcionamiento social como en actividades delictivas y detenciones.

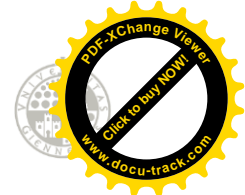
IV. Sintomatología: Tanto la atención comunitaria continuada como el estrecho seguimiento del equipo provocan que el impacto y gravedad de los síntomas se reduzcan, incrementando a su vez la adherencia al tratamiento y el vínculo con el profesional. Se obtienen once documentos que abordan la gravedad sintomatológica del/de la paciente:

- Fekete DM, 1998; Lehman AF, 1997; Lee C, 2015; Young MS, 2014 y Bond GR, 2001 obtienen una mejora en la sintomatología a favor del grupo del TAC
- *No existen diferencias significativas* en los estudios de: Killaspy H, 2006; Sytema S, 2007; Drake RE, 1998 y Calsyn RJ, 2005.

En el meta-análisis Ziguras SJ, 2000 se muestra una mejora de los síntomas clínicos mientras que en la revisión narrativa Mueser KT, 1998 los efectos resultantes de esta variable son moderados.

V. Otras medidas:

- Estatus residencial (aplicado a personas con inestabilidad residencial o con múltiples episodios “sin hogar”). Siete documentos consideran la estabilidad residencial como una medida de resultado a estudiar:
 - Mayor estabilidad del hogar con el TAC en los estudios: Lehman AF, 1997; Calsyn RJ, 2005; Young MS, 2014 y Bond GR, 2001.
 - *No diferencias significativas* en los estudios: Sytema S, 2007; Drake RE, 1998 y Nieves EJ, 2002.
- Uso / abuso / dependencia de sustancias (aplicado a personas diagnosticadas de patología dual, es decir, presencia de un TMG junto con uso y abuso de sustancias). Siete documentos estudian el uso de sustancias como medida de resultado, concluyendo finalmente:



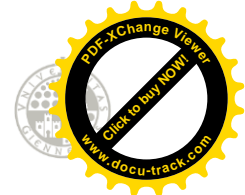
- Disminución del uso/abuso de sustancias a favor del TAC: Drake RE, 1998 y Staring AB, 2012 (31).
- No diferencias significativas en: Killaspy H, 2006; Sytema S, 2007; Calsyn RJ, 2005 y Young MS, 2014 (29).

La revisión narrativa Fries HP, 2011 (23) refiere que el TAC tiene un mínimo o ningún efecto sobre el abuso de sustancias. Sin embargo, propone que el TAC integrado (TAC + tratamiento para trastorno dual) reduce considerablemente el consumo de sustancias. Afirma que las características del TAC integrado que podrían ser más eficaces para los/las pacientes con diagnóstico dual son: asesoramiento sobre abuso de sustancias, provisión de vivienda estable y ayuda a los/las pacientes en el manejo de sus fondos.

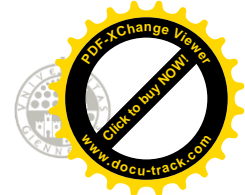
- Actividad delictiva (encarcelaciones, arrestos, delitos, días en prisión). Cinco documentos consideran los actos delictivos como medida de estudio:
 - *No se obtienen diferencias significativas* entre grupos en: Calsyn RJ, 2005; Fekete DM, 1998 y Killaspy H, 2006.
 - Disminución de encarcelaciones y delitos en: Cusack KJ, 2010 (24) y Staring AB, 2012.

Finalmente, en la revisión de Bond GR, 2001 se enfatiza en los aspectos esenciales que componen el TAC y que se relacionan directamente con su eficacia. Estos son: un equipo multidisciplinar, servicios integrales e individualizados, una baja ratio profesional-paciente, el trabajo en equipo, gran accesibilidad, tiempo ilimitado, contacto en la comunidad y enfoque holístico (ayuda en la medicación, vivienda, finanzas y problemas cotidianos de la vida diaria). Concluye que el TAC es costoso, pero demuestra ser compensado por una reducción en el uso hospitalario en pacientes con frecuentes hospitalizaciones, teniendo una gran influencia en el campo de los servicios de salud mental.

Del mismo modo, en la revisión de Vázquez-Bourgon J, 2012 (2) se concluye en que el éxito en el desarrollo del programa TAC exige la presencia de un equipo multidisciplinar, la provisión de adecuadas estructuras de apoyo y una limitada carga



de casos que permita un tratamiento individualizado e intensivo. Además, en el estudio Kortrijk HE, 2010 (25) se mencionan varias características que condicionan de manera directa en los resultados del TAC, siendo éstas la edad avanzada, una escasa motivación, el abuso de sustancias y un nivel educativo bajo.



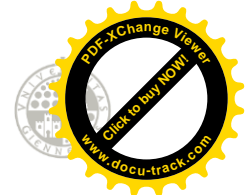
6. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

Como se reflejó al inicio de esta revisión, el TAC surge ante un intento de mejorar la atención sanitaria en la comunidad a personas con TMG, modificándola hacia servicios comunitarios de apoyo y seguimiento y definiendo una serie de características que permitieran que el/la paciente redujese los ingresos hospitalarios y no perdiera el contacto con los servicios comunitarios. Actualmente, la eficacia del TAC es cuestionada frente a la atención tradicional puesto que numerosas características propias de este modelo se están implementando en los servicios usuales y, en consecuencia, evidenciando menos diferencias significativas.

En primera lugar, se evidencia que los resultados obtenidos en las diferentes referencias analizadas en esta revisión son muy dispares. Como se señala en algunos documentos, la realidad actual es muy diferente en la provisión de servicios y se hace necesario evaluar los datos a la luz de nuevos desarrollos asistenciales. Algunas causas explicativas de esta disparidad en los resultados podrían ser el no seguimiento de los criterios de fidelidad mínimos que garanticen la eficacia del TAC y la modificación de su impacto a causa de las diferencias en el contexto de servicios en que se desarrollan los procedimientos.

En consecuencia, las diferentes medidas de resultado se ven influenciadas por el efecto de una serie de variables que hacen cuestionar la eficacia del TAC, puesto que podrían sesgar nuestros resultados. Éstas son:

- *Variables personales:* apoyo familiar y social, frecuencia de contacto con los servicios de salud mental, tipo de trastorno, comorbilidad, variables sociodemográficas, funcionamiento psicosocial anterior, tratamiento previo, etc.
- *Variables socioculturales:* Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud mental, nivel de pobreza, tasa de desempleo, políticas sanitarias, roles sociales, prevalencia e incidencia de trastornos, etc. Como ejemplo, en el estudio Botha UA, 2014, que se llevó a cabo en África del Sur, se evidencia que las intervenciones asertivas se pueden modificar en lugares de escasos recursos e incorporar con éxito en



los servicios existentes, adaptándolas de acuerdo a las necesidades de la comunidad y los recursos disponibles.

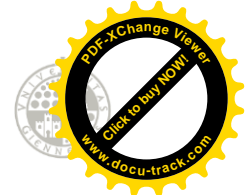
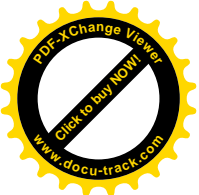
Además, los factores culturales y sociales tienen un papel esencial en el desarrollo y el mantenimiento de las enfermedades mentales, cuya influencia se manifiesta de diferente forma en hombres y mujeres en función de las matizaciones en los roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en las distintas sociedades. (36)

- *Variables de la intervención:* Componentes del equipo, experiencia previa del mismo, frecuencia de los contactos, fidelidad, motivación, etc. Por ejemplo, en el estudio Carton AD, 2010³⁵ se recalca la importancia del equipo del TAC como una fuente de apoyo y soporte social, percibiendo de alta calidad la relación con el profesional en relación con los cambios en su estado de residencia.

No obstante, en esta revisión se demuestra la superioridad del TAC frente a la atención estándar en múltiples documentos analizados:

1. Uno de los principales objetivos del TAC, que era evitar el fenómeno de “puerta giratoria”, es decir, reducir la tasa y el número de días de ingreso hospitalario, se demuestra eficaz en gran parte de los documentos analizados.
2. Se demuestra una retención más eficaz de pacientes y, en consecuencia, una mayor adherencia y continuidad del tratamiento en la mayor parte de los estudios.
3. El impacto del TAC también reduce los síntomas, aunque en múltiples estudios no aparecen cambios significativos.
4. Se mejoran los indicadores de calidad de vida y satisfacción en pacientes y familia, ya que se fomenta la autonomía del/ de la paciente en las habilidades para la vida independiente.
5. En cambio, en el ajuste social y vocacional del paciente no se encuentran mejoras significativas en buena parte de los estudios.

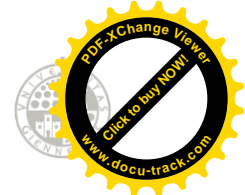
Por tanto, se evidencia la eficacia del Tratamiento Asertivo Comunitario en la prestación de cuidados que garantizan una atención comunitaria e integral a las personas con Trastorno Mental Grave. Además, en la actualidad existe una mayor



eficacia del TAC si éste se aplica en aquellos/as pacientes especialmente graves y desvinculados/as de los servicios que requieren hospitalizaciones con frecuencia y no pueden abordarse correctamente por la Unidades de Salud Mental Comunitarias así como en un contexto cuya densidad poblacional y morbilidad psiquiátrica sea elevada, dificultando un óptimo seguimiento comunitario.

A modo de conclusión final, he de destacar que aunque se han logrado extraordinarios avances en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales, la estigmatización, el escaso apoyo social y el lento e ineficaz desarrollo de servicios dedicados a su abordaje aún persiste. Por estas principales razones, se hace imprescindible replantear la importante necesidad de esta parte de la población de recibir unos servicios avanzados y especializados, que cuenten con una adecuada dotación de recursos y respaldo institucional, asegurando su continuidad y operatividad.

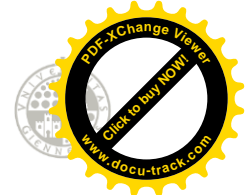
Además, los/las enfermeros/as de Salud Mental desempeñan en este sentido un papel clave y cada vez más importante para afrontar las nuevas necesidades de esta parte de la población, así como para asegurar la provisión de servicios de alta calidad, equitativos, accesibles, eficientes y sensibles que aseguren la continuidad de cuidados, garanticen los derechos y satisfagan las necesidades. Se hace imprescindible prestar cuidados utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico y estar capacitados para velar por la salud mental tanto del individuo, como la familia y comunidad. (37)



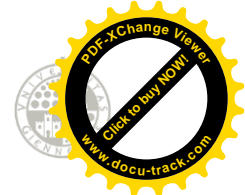
7. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

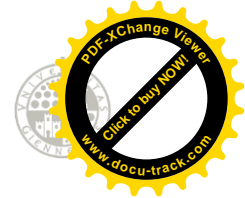
1. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz M, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004 (92): p. 25-51.
2. España VS. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(6): p. 323-332.
3. Higuera Romero, Jesús de la. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. 2010.
4. Saiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial*. 2009; 18(1): p. 75-88.
5. Pillado LV, Carracedo RA, Iglesias VF, Domínguez LG, Alonso AJ, Suerio MJS, et al. Trastorno Mental Severo. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2007 (5): 4.
6. López-Santiago J, Blas LV, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012; 17(1): p. 1-10.
7. De la Cal Herrera, Alicia. Tratamiento asertivo comunitario y terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG* 2015; 21(5).
8. Bond GR, Drake RE, Muesser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes*. 2001; 9(3): p. 141-159.
9. Actas I, Mensal S. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo.
10. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo; situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002 Cuadernos Técnicos (6).
11. Ambrina JJM. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad.
12. Asamblea Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental. 2013-2020.
13. Galiana Roch J. Enfermería psiquiátrica. España: Elsevier; 2015.



14. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ* 2006 Apr 8;332(7545):815-820.
15. Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J, et al. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. *Health Serv Res* 1999 Jun;34(2):577-601.
16. Pérez LP. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación. : Ministerio de Ciencia e Innovacion; 2010.
17. Botha UA, Koen L, Galal U, Jordaan E, Niehaus DJ. The rise of assertive community interventions in South Africa: a randomized control trial assessing the impact of a modified assertive intervention on readmission rates; a three year follow-up. *BMC Psychiatry* 2014;14(1):1.
18. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services* 2000.
19. Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):1038-1043.
20. Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(2):105-112.
21. Lee C, Liem S, Leung J, Wong K, Yuen S, Lee W, et al. Assertive community treatment for psychiatric patients with frequent hospitalisation. *Hong Kong Med J* 2015;21.
22. Calsyn RJ, Yonker RD, Lemming MR, Morse GA, Klinkenberg WD. Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Criminal behaviour and mental health* 2005;15(4):236-248.
23. Fries HP, Rosen MI. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2011 Jan-Feb;17(1):45-50.
24. Cusack KJ, Morrissey JP, Cuddeback GS, Prins A, Williams DM. Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: A randomized trial. *Community Ment Health J* 2010;46(4):356-363.
25. Kortrijk HE, Mulder C, Roosenschoon B, Wiersma D. Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Ment Health J* 2010;46(4):330-336.
26. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74.
27. Fekete DM, Bond GR, McDonel EC, Salyers M, Chen A, Miller L. Rural assertive community treatment: A field experiment. *Psychiatr Rehabil J* 1998;21(4):371



28. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K, et al. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68(2):201.
29. Young MS, Barrett B, Engelhardt MA, Moore KA. Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. *Community Ment Health J* 2014;50(4):474-479.
30. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes* 2001;9(3):141-159.
31. Staring AB, Blaauw E, Mulder CL. The effects of assertive community treatment including integrated dual diagnosis treatment on nuisance acts and crimes in dual-diagnosis patients. *Community Ment Health J* 2012;48(2):150-152.
32. Nieves EJ. The effectiveness of the assertive community treatment model. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2002;29(6):461-480.
33. Tibbo P, Chue P, Wright E. Hospital outcome measures following assertive community treatment in Edmonton, Alberta. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie* 1999.
34. Ben-Porath DD, Peterson G, Piskur C. Effectiveness of and Consumer Satisfaction With an Assertive Community Treatment Program for the Severely Mentally Ill: A 3-Year Follow-Up. *Psychological Services* 2004;1(1):40.
35. Carton AD, Young MS, Kelly KM. Changes in sources and perceived quality of social supports among formerly homeless persons receiving assertive community treatment services. *Community Ment Health J* 2010;46(2):156-163.
36. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria* 2004;18:175-181.
37. Zambrano AF, Márquez EG, Miranda IC, Pérez ID, Mateos IF, Pacheco JS, et al. Planes de cuidados enfermeros en salud mental. 2008.

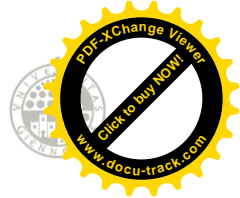


8. ANEXOS

8.1. ANEXO I:

DOCUMENTO I: Vázquez-Bourgon J, 2012 ²		
Título	Conclusiones	Objetivo de la revisión
Revisión narrativa: Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. Base de datos: CSIC	El éxito en el desarrollo del programa TAC: -Exige la presencia de un equipo multidisciplinar -La provisión de adecuadas estructuras de apoyo -Una suficientemente limitada carga de casos como para permitir un tratamiento individualizado e intensivo. La evidencia disponible de este artículo: apoya la viabilidad de implementar de manera integrada y equilibrada estas alternativas de asistencia en salud mental para el tratamiento intensivo de pacientes con TMG en la comunidad.	Revisar la evidencia científica actual acerca de la eficacia y la viabilidad de implementar nuevos modelos* de atención psiquiátrica comunitaria y hospitalaria. * Atención Asertiva Comunitaria, Atención Intensiva y Continuada de Día y Tratamiento Agudo Domiciliario

DOCUMENTO II: López-Santiago J, 2012 ⁶				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes	Tipo de intervención	
Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave Base de datos: Dialnet	Albacete (España)	N1: 55 (estudio a 12 meses) N2: 38 (estudio a 36 meses)	Criterios de inclusión: - Personas con TMG (esquizofrenia, T. esquizoafectivo, T. bipolar, T. límite Personalidad)	Análisis de las variables de estudio antes y después (pre- y post-) de ser atendidos en el Programa TAC *Estudio I: análisis 12 meses antes y después de su inclusión en PTAC Estudio II: 36 meses antes y después de su inclusión
	Estudio naturalista	H: 54.5% M: 45.5% Media edad: 41.94 años		

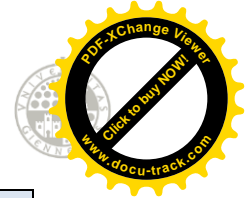


Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Número total de ingresos - Duración de la hospitalización 	<p>El programa ha logrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción muy significativa de los ingresos hospitalarios en los dos periodos de estudio - Reducción del número de días ingresados - Disminución de reingresos

DOCUMENTO III: Killaspy H, 2006¹⁴

Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
<p>The REACT study: Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in north London.</p> <p>Base de datos: PubMed</p>	Reino Unido	n: 251	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas con TMG - Alto consumo reciente de la atención hospitalaria - Viven independientes o con poco apoyo - Bajo el cuidado del Equipo de Salud Mental de la Comunidad durante al menos 12 meses *Se excluyeron los pacientes con daño cerebral orgánico. 	Seguimiento: 18 meses
	ECA*	H: 58.65% M: 41.4%		Grupo I: ACT (n=127)
	*Ensayo Controlado Aleatorio	Media edad: 39 años		Grupo II: Equipo Comunitario de Salud Mental (n = 124)

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> -Número de días hospitalizados -Sintomatología -Satisfacción con los servicios -Funcionamiento social -Calidad de vida -Abuso de sustancias -Incidencias graves -Calidad del compromiso. 	<p>Aplicación TAC:</p> <p>Mayor satisfacción con los servicios recibidos</p> <p>Mejor calidad del compromiso con los servicios</p>
	<p>No diferencias significativas en sintomatología, tasas y duración de las hospitalizaciones, calidad de vida, funcionamiento sociolaboral, uso de sustancias y actividad delictiva.</p>



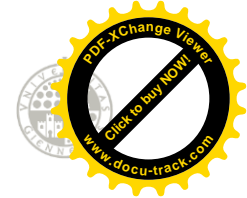
DOCUMENTO IV: Salkever D, 1999¹⁵

Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs Base de datos: Cochrane	EEUU (Carolina del Sur)	n: 173	Criterios de inclusión: -Personas con TMG -De 18 a 65 años -Con historia o riesgo de uso elevado de servicios psiquiátricos -Dificultad en el cumplimiento del tto -Independientes en AVD	Seguimiento: 18 meses
	ECA	H: 54% M: 46%		Grupo I: ACT (n=104) Grupo II: Atención estándar (n = 69)
		Media edad: 35.5 años		

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
Uso hospitalario	Aplicación TAC: Reducción en la tasa de hospitalizaciones, pero no se observa diferencias en la duración de éstas; la magnitud de este efecto varía con las características del paciente y del programa (mayor efecto en pacientes de mayor edad y con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo)

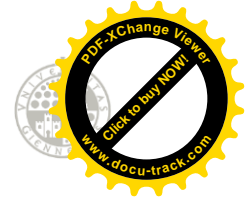
DOCUMENTO V: Pérez LP, 2010¹⁶

Título	Datos analizados en estudios científicos	Objetivo de la revisión
Revisión sistemática: Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación Base de datos: Cochrane	-Número de recaídas, -Síntomas -Contacto con los servicios sociales y sanitarios - Número de hospitalizaciones - Satisfacción - Inserción social (vivienda, empleo, ocio)	Identificar la efectividad del TAC en la integración social de las personas con TMG, en relación con los diferentes contextos de aplicación *Análisis de 18 estudios



Principales conclusiones
<p>- No existe una evidencia sólida sobre las ventajas de este modelo en la actualidad, excepto quizás para el mantenimiento del contacto con los pacientes y la satisfacción de éstos.</p> <p>- La puesta en práctica del ACT debería guiarse por: criterios de costeefectividad, tras una evaluación rigurosa de los recursos comunitarios en salud mental ya existentes en el contexto de aplicación de que se trate y de los resultados obtenidos hasta el momento.</p>

DOCUMENTO VI: Botha UA, 2014 ¹⁷				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
The rise of assertive community interventions in South Africa: A randomized control trial assessing the impact of a modified assertive intervention on readmission rates; a three year follow-up. Base de datos: Cochrane	África del Sur (Ciudad del Cabo)	n: 60	Criterios de inclusión: - Personas con TMG (trastorno de la esquizofrenia esquizoafectivo en tto con antipsicóticos) - Edad: 18-59 años * Se excluyeron: sujetos con enfermedad grave e inestable comórbida que pudiera interferir en la capacidad para participar en la intervención	Seguimiento: 12 y 36 meses
	ECA	H: 73% M: 27%		Grupo I: ACT (n=34)
	Media edad: 27.5 años	Grupo II: atención estándar (n = 26)		
Medidas de resultado		Resultados obtenidos		
-Tasas de reingreso -Días de hospitalización		Los pacientes en el grupo de intervención: -Significativamente menos reingresos -Pasaron menos días en el hospital		

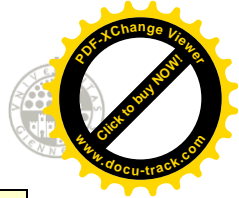


DOCUMENTO VII: Ziguras SJ, 2000¹⁸		
Título	Datos analizados en estudios científicos	Objetivo de la revisión
<p>Meta-análisis:</p> <p>A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years</p> <p>Base de datos: Cochrane</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carga familiar - La satisfacción con los servicios - El costo de la atención. - Días de hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparar el TAC o manejo de casos clínicos con el tratamiento habitual. (35) - Comparar TAC con el manejo de casos clínicos (9) <p>*Análisis de 44 estudios</p>

Principales conclusiones
<p>-El TAC debe estar dirigido a los pacientes que están en mayor riesgo de hospitalización ya que tiene ventajas demostrables en la reducción de la hospitalización.</p> <p>-Los dos enfoques tienen efectos similares en: la mejora de los síntomas clínicos, la satisfacción del paciente y la familia con los servicios y el nivel de funcionamiento social.</p>

DOCUMENTO VIII: Lehman AF, 1997¹⁹				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
<p>A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness</p> <p>Base de datos: Cochrane</p>	EEUU (Maryland)	n: 152	<p>Criterios de inclusión:</p> <p>Personas con TMG persistente sin hogar (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo y otros)</p> <p>*El 71% con trastorno comórbido por uso de sustancias</p>	Seguimiento: 2,6 y 12 meses
	Ensayo aleatorio	H: 67% M: 33%		Grupo I: ACT (n=77)
		Media edad: 37 años		Grupo II: Atención estándar (n = 75)

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> -Vivienda estable -Sintomatología -Calidad de vida 	<p>Aplicación TAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos días de hospitalización psiquiátrica y menores visitas a urgencias - Pasan significativamente más días en viviendas estables - Experimentan una mejoría en la sintomatología y satisfacción con su estado de salud

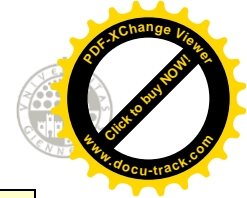


	No se observan diferencias en la calidad de vida al final del programa, aunque sí a los dos y seis meses.
--	---

DOCUMENTO IX: Sytema S, 2007 ²⁰				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. Base de datos: Cochrane	Holanda	n: 118	Criterios de inclusión: - Personas con TMG (diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno delirante, depresión mayor u otros)	Seguimiento: 12 meses
	ECA	H: 68% M: 32%		Grupo I: ACT (n=59) Grupo I: Atención estándar (n = 59)
		Media edad: 41.5 años		

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> -Frecuencia de las hospitalizaciones -Funcionamiento social -Síntomas -Contacto con el servicio y satisfacción con el mismo -Estabilidad residencial -Calidad de vida -Abuso de drogas 	Aplicación TAC: -Número de pérdidas significativamente más bajo -Mayor contacto con los servicios pero no en la reducción de días de ingreso.

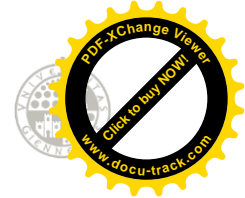
DOCUMENTO X: Lee C, 2015 ²¹				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Assertive community treatment for psychiatric patients with frequent hospitalisation.	Hong Kong	N1= 70 N2=70 N3=59	Criterios de inclusión: -Personas con TMG y otros diagnósticos comórbidos (abuso de sustancias y trastorno de personalidad) - De 18 a 65 años	Seguimiento: 2 años
	Estudio observacional	H: 55.7% M: 44.3%		3 grupos (1 ACT + 2 At. Estándar → pacientes reclutados en diferente periodo de tiempo)



Base de datos: Pubmed		Media edad: 26.9 años	- Con ≥ 3 ingresos en el año anterior	Grupo I: ACT (n=70) Grupo II (n = 70) Grupo III (n= 59)
--------------------------	--	--------------------------	--	---

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Días de hospitalización - Reingresos - Sintomatología - Asistencia en urgencias 	<p>Aplicación TAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción en la tasa de reingresos - Menor estancia hospitalaria - Mayor cumplimiento médico y contacto con profesionales y servicios - Mejora de la sintomatología - Menos accidentes y asistencias en urgencias

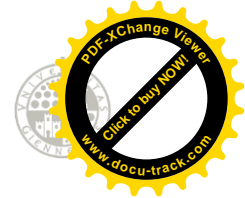
DOCUMENTO XI: Calsyn RJ, 2005 ²²					
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención	
Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals Base de datos: PubMed	EEUU (Missouri)	n: 196	Criterios de inclusión: -Personas con TMG (esquizofrenia) y trastorno por uso de sustancias (trastorno dual) - Personas sin hogar	Seguimiento: 24 meses	
	ECA	H: 79% M: 21%		Media edad: 40 años	-Grupo I: ACT -Grupo II: Tto integrado (ACT + tto para trastorno dual)
					-Grupo III: Atención estándar
Medidas de resultado		Resultados obtenidos			
<ul style="list-style-type: none"> -Delitos, encarcelaciones, arrestos y citaciones judiciales -Uso de sustancias -Satisfacción con el servicio -Estabilidad del hogar - Sintomatología 		<p>Aplicación TAC / TAC integrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor uso de servicios (ambos) - Más satisfacción con el programa (TAC) - Mayor número de días con residencia estable (ambos) 			
		No diferencias significativas entre grupos: sintomatología, uso de sustancias, actividades delictivas.			



DOCUMENTO XII: Fries HP, 2011 ²³		
Título	Conclusiones	Objetivo de la revisión
<p>Revisión narrativa:</p> <p>The Efficacy of Assertive Community Treatment to Treat Substance Use</p> <p>Base de datos: PubMed</p>	<p>TAC → 4 ECA : mostraron mínimo o ningún efecto sobre el abuso de sustancias</p> <hr/> <p>TAC integrado → mayor reducción de consumo de sustancias: Características del TAC integrado que podrían ser más eficaces para los pacientes con diagnóstico dual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento sobre abuso de sustancias - Provisión de vivienda estable - Ayuda a los pacientes en el manejo de sus fondos 	<p>Describir la eficacia del TAC en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y proponer medidas para hacerlo más eficaz.</p>

DOCUMENTO XIII: Cusack KJ, 2010 ²⁴				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes	Tipo de intervención	
<p>Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: a randomized trial.</p> <p>Base de datos: Pubmed</p>	EEUU (California)	n: 134	<p>Seguimiento: 12 y 24 meses</p> <p>Grupo I: ACT (n=72)</p> <p>Grupo I: tratamiento habitual (n = 62)</p>	
	Ensayo aleatorio	H: 59% M: 41%		<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personas con TMG y abuso de sustancias - Participación delictiva, encarcelados.
		Media edad: 37 años		

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de ingresos en la cárcel - Contacto con los servicios de salud mental -Hospitalización, costes 	<p>Aplicación TAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor probabilidad de evitar la cárcel, aunque una vez en prisión, el número de días de cárcel no difirió entre los grupos. -Aumento de los costes (resultantes de los servicios ambulatorios) que fueron parcialmente compensados por la disminución de los gastos de hospitalización y de cárcel.

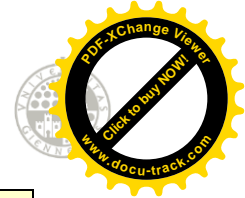


DOCUMENTO XIV: Kortrijk HE, 2010²⁵				
Título	Tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment Base de datos: Pubmed	Estudio observacional	n: 139	Características: -Personas con TMG tratados en Equipos de TAC	Seguimiento: 27.4 meses
		H: 82.7% M: 17.3%		Evaluación rutinaria con la escala HoNOS (Instrumento de evaluación clínica que abarca 4 áreas: problemas conductuales, deterioro, problemas clínicos y problemas sociales)
		Media edad: 38.3 años		

Resultados obtenidos
Peores resultados en la escala HoNOS si: <ul style="list-style-type: none"> - Abuso de sustancias - Edad avanzada - Escasa motivación - Bajo nivel educativo

DOCUMENTO XV: Mueser KT, 1998²⁶		
Título	Conclusiones	Objetivo de la revisión
Revisión narrativa: Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Base de datos: Pubmed	ACT: -Reduce hospitalizaciones y mejora la estabilidad de la vivienda -Efectos moderados en la mejora de la sintomatología y calidad de vida. -Escaso efecto en el funcionamiento social, actividades delictivas y detenciones.	Describir diferentes modelos de atención comunitarios para las personas con TMG y revisión de la bibliografía sobre gestión de casos (TAC y manejo de casos intensivo) *75 estudios.

DOCUMENTO XVI; Fekete DM, 1998²⁷				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Rural assertive community treatment: A field experiment.	EEUU (Indiana)	n: 160	Criterios de inclusión: - Personas con TMG - Mayores de 18 años - Mal uso de los servicios de salud mental de la comunidad	Seguimiento: 2 años
	Ensayo clínico	H: 43% M: 57%		Grupo I: ACT (n=117)

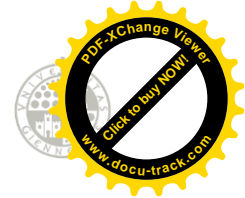


Base de datos: CINAHL		Media edad: 38.1 años	- Con dificultades legales o de residencia	Grupo II: atención estándar (n = 61)
--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------------------

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Uso de la hospitalización - Síntomas - Calidad de vida - Satisfacción con los servicios - Funcionamiento sociolaboral - Residencia - Resultados vocacionales - Actividades delictivas 	Aplicación TAC: <ul style="list-style-type: none"> - Mejor resultado en la sintomatología - Mayor satisfacción global con la vida
	No se obtienen diferencias en: la tasa de hospitalizaciones y su duración, funcionamiento social y/o laboral, actividades delictivas y resultados vocacionales

DOCUMENTO XVII: Drake RE, 1998²⁸				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. Base de datos: PscINFO	EEUU (New Hampshire)	n: 223	Criterios de inclusión: - Personas con TMG (Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar) y trastorno por uso de sustancias -Edad entre 18 y 60 años	Seguimiento: 3 años
	Ensayo clínico	H: 74.4% M: 25.6%		*Ausencia de condiciones médicas adicionales o retraso mental
		Media edad: 34 años	Grupo II: manejo de casos estándar (n = 114)	

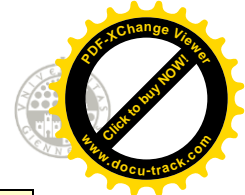
Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> -Abuso de sustancias -Días de hospitalización -Gravedad de síntomas psiquiátricos -Residencia -Calidad de vida 	Aplicación TAC: <ul style="list-style-type: none"> - Reducción en el uso de sustancias - Menor número de pérdidas
	No se obtienen diferencias en: Uso de servicios y satisfacción con el programa, sintomatología, tasa y duración de las hospitalizaciones, estatus residencial y calidad de vida.



DOCUMENTO XVIII: Young MS,2014²⁹				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Six-Month Outcomes of an Integrated Assertive Community Treatment Team Serving Adults with Complex Behavioral Health and Housing Needs. Base de datos: Cinahl	EEUU (Sur Florida)	n: 60	Criterios de inclusión: -Personas con TMG y trastorno por uso de sustancias - Antecedentes de falta de vivienda	Seguimiento: 6 meses
	Estudio observacional	H: 54.9% M: 45.1%		Aplicación de TAC integrado (TAC + tto trastorno dual)
		Media edad: 43.1 años		

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
- Sintomatología	Aplicación TAC integrado:
-Estabilidad residencial	Mejora en la sintomatología y estatus residencial
-Consumo de sustancias	No diferencias significativas en el consumo de sustancias

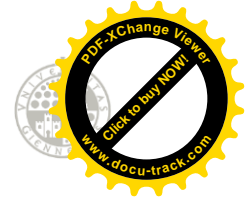
DOCUMENTO XIX: Bond GR,2001³⁰		
Título	Objetivo de la revisión	Conclusiones
Revisión narrativa: Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on patients. Base de datos: Cinahl	-Analizar eficacia y rentabilidad del TAC -Describir los ingredientes críticos, así como su impacto en los pacientes.	Ingredientes críticos: equipo multidisciplinar, servicios integrales e individualizados, baja ratio, trabajo en equipo, servicios individualizados, rápido acceso, tiempo ilimitado, contacto en la comunidad y problemas diarios del paciente, enfoque holístico (medicación, vivienda, finanzas, problemas cotidianos de la vida diaria) - TAC reduce sustancialmente el uso del hospital, incrementa la estabilidad residencial, mejor la sintomatología y calidad de vida. Gran éxito de la participación de los



		<p>pacientes en el tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAC es costoso, pero estudios demuestran ser compensado por una reducción en el uso hospitalario en pacientes con frecuentes hospitalizaciones. - Gran influencia del TAC en el campo de los servicios de salud mental
--	--	--

DOCUMENTO XX: Staring AB, 2012³¹				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
The Effects of Assertive Community Treatment Including Integrated Dual Diagnosis Treatment on Nuisance Acts and Crimes in Dual-Diagnosis Patients. Base de datos: PsycInfo	Países Bajos	n: 43	Criterios de inclusión: -Personas con TMG (esquizofrenia, t. esquizoafectivo, t. bipolar, t.personalidad y otros) - Complicada adhesión en el tratamiento -Abuso / dependencia de sustancias - Actos delictivos públicos y crímenes relacionados con consumo de drogas.	Seguimiento: 33 meses
	Estudio observacional	H: 98% M: 2%		TAC integrado, monitorizados:
	Media edad: 39 años	21 meses antes de aplicación TAC + 12 meses tras TAC		

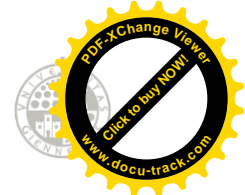
Medidas de resultado	Resultados obtenidos
-Actos delictivos -Crímenes	Aplicación TAC integrado (12 meses): -Descenso de actividades delictivas y estabilización de actos criminales -Disminución de abuso de sustancias.



DOCUMENTO XXI: Nieves EJ, 2002³²				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
The effectiveness of the assertive community treatment model Base de datos: PsycInfo	EEUU (Nueva York)	n: 60	Criterios de inclusión: -Personas con TMG - Con al menos historia de una hospitalización psiquiátrica - Dificultad en estabilidad residencial y rehabilitación vocacional - Incumplimiento con servicios tradicionales	Seguimiento: 12 meses
	Ensayo clínico	H: 38.4% M: 61.63%		Grupo I, TAC (n=30) Grupo II, Tto habitual (n=30)
		Media edad: 23-65 años		

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
-Reingresos hospitalarios -Calidad de vida - Estabilidad vivienda - Rehabilitación profesional.	TAC intervención no efectiva; no diferencias significativas en relación con el tto tradicional de salud mental.

DOCUMENTO XXII: Tibbo P, 1999³³				
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención
Hospital outcome measures following assertive community treatment in Edmonton, Alberta. Base de datos: PsycInfo	Canadá (Alberta)	n: 295	Criterios de inclusión: - Personas con TMG -Edad 18-65 años -Dificultad funcionamiento en la comunidad -Incumplimiento tto -Alto riesgo de hospitalización	Seguimiento: 24 meses
	Estudio observacional	H: 54.4% M: 54.6%		12 meses antes de aplicación TAC + 12 meses tras TAC
		Media edad: 40.7 años		



Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> -Tasa y duración de hospitalizaciones - Uso de urgencias psiquiátricas 	<p>Aplicación del TAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la tasa/duración de hospitalizaciones -Reducción vivistas a urgencias

DOCUMENTO XXIII: Ben-Porath DD, 2004³⁴					
Título	Lugar / tipo de estudio	Tipo de participantes		Tipo de intervención	
Effectiveness of and Consumer Satisfaction With an Assertive Community Treatment Program for the Severely Mentally Ill: A 3-Year Follow-Up. Base de datos: PsycInfo	EEUU (Ohio)	n: 55	Criterios de inclusión: - Personas con TMG (esquizofrenia, t. esquizoafectivo, t. delirante, depresión mayor)	Seguimiento: 36 meses	
	Ensayo clínico	H: 50.9% M: 49.1%		Media edad: 40.71 años	Aplicación del TAC: contacto en ambiente natural/baja ratio/ mayor disponibilidad/ ayuda ABVD

Medidas de resultado	Resultados obtenidos
<ul style="list-style-type: none"> -Número de hospitalizaciones psiquiátricas - Cumplimiento citas psiquiátricas - Contactos psiquiátricos ambulatorios de emergencia - Satisfacción de los consumidores primarios y secundarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción estadísticamente significativa de los días de cama de hospital durante los 2 primeros años de tratamiento. - Aumento del cumplimiento de las citas y reducción en los contactos de emergencia. - Mayor satisfacción en clientes y miembros de la familia con los servicios de ACT.

Tablas nº 3: Resultados de documentos seleccionados. Elaboración propia