

TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

SILVIA JURADO PULGAR, JESÚS ALBERTO JARA ARIAS Y ELISA MARÍA LÓPEZ RUBIA

Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.

RESUMEN

Introducción: las personas con trastorno mental grave presentan amplias necesidades que el tratamiento convencional se ve limitado para resolver satisfactoriamente. A finales de la década de 1970, surge el modelo de tratamiento asertivo comunitario (TAC), modificando la atención sanitaria hacia servicios comunitarios que permitieran una reducción en los ingresos hospitalarios y una mejora en la calidad de vida.

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

Metodología: se lleva a cabo una revisión de la literatura científica en múltiples bases de datos 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, evidenciándose diferencias significativas a favor del TAC en las medidas de resultado: reingresos hospitalarios, satisfacción, calidad de vida y sintomatología.

Conclusiones: aunque se obtiene gran disparidad 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.

Palabras clave: tratamiento asertivo comunitario, personas con trastorno mental grave, enfermedad mental, eficacia.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y definición

Los programas del tratamiento asertivo comunitario (TAC) surgen en un período coincidente con el movimiento de desinstitucionalización americano y en un contexto donde el tratamiento era muy hospitalocéntrico y las alternativas a nivel comunitario estaban poco desarrolladas¹. Emerge a principios de la década de 1960 en Estados Unidos, consolidándose entre 1970 y 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^{2,3}.

El objetivo principal que motivó esta aproximación terapéutica fue el de combatir el fenómeno de

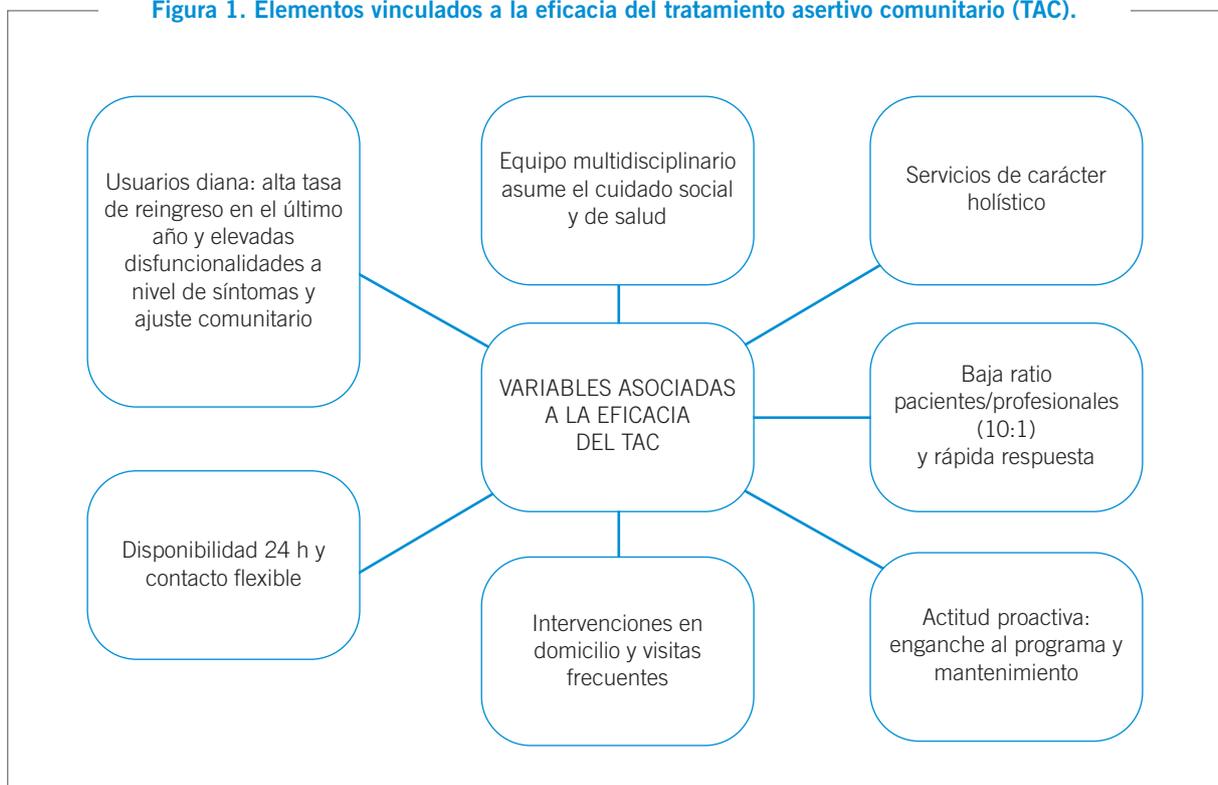
«puerta giratoria» (alta reincidencia en la hospitalización) y el de mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave (TMG)^{2,4,5}.

El TAC consiste en «Un programa en el cual un equipo multidisciplinario 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»^{4,6}.

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^{2,4,5} (fig. 1).

Figura 1. Elementos vinculados a la eficacia del tratamiento asertivo comunitario (TAC).



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*»): necesidades básicas, actividades para la vida diaria (aseo, vestido, compra, manejo de medicación, cocina, etc.), trabajo con las familias (psicoeducación, apoyo, participación) y sobre la conciencia de enfermedad.

Objetivos del programa

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^{2,5}:

- Ofrecer atención sociosanitaria en el entorno natural (casa, vecinos, compañeros de trabajo, amistades, etc.).
- Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados cercano, accesible e individualizado, siendo la relación terapéutica la clave de un TAC efectivo.
- Desarrollar equipos multidisciplinarios e intersectoriales; la dinámica de trabajo en el equipo es fundamental, así como la coordinación con la red pública sociosanitaria.
- Potenciar la prevención y promoción de la salud.

Perfil de usuario

Hay que clarificar que la condición de persona afectada por un TMG es necesaria, pero no suficiente, para acceder a este tipo de programas. En esta misma línea, el perfil de usuario que atiende el TAC será^{2,6,7}:

- Evolución tórpida de la enfermedad y estar desvinculado o en riesgo de desvinculación de los servicios de salud mental.
- Escaso o nulo cumplimiento del tratamiento.
- Dificultades para la reinserción social.

- No tener garantizada la cobertura de sus necesidades más básicas.
- Desfavorable, escaso o nulo apoyo sociofamiliar.
- Disminución de la calidad de vida y elevada necesidad de servicios.
- Edad: 18-60 años.

Criterios de fidelidad del tratamiento asertivo comunitario

Los criterios que proporcionan firmeza y exactitud al programa son⁸:

- Se realizan reuniones de equipo, el cual comparte los casos.
- El equipo asume la responsabilidad del tratamiento, la intervención en crisis y la planificación del alta.
- Este cuenta con enfermero, psiquiatra, especialista en drogodependencias y en actividades vocacionales-laborales. Además, tiene un líder o responsable.
- 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 es el contacto directo con enfermería).
- Se definen los criterios de inclusión en el programa.

Justificación de su relevancia

En lo que respecta a la importancia de la implantación de equipos de TAC, se destacan las siguientes cuestiones, que justifican su necesidad en la actualidad:

- **Magnitud epidemiológica de los TMG:** 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 mundial⁹.

- **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. Reclama a los sistemas sanitarios europeos que formulen unas estrategias en salud mental que deban 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. 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 %)^{2,9}.

OBJETIVOS

Objetivo primario

El principal objetivo de esta revisión será identificar la eficacia del TAC en la prestación de cuidados que garanticen una atención integral y comunitaria a las personas con TMG.

Objetivos secundarios

- Determinar 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.

Un equipo multidisciplinario lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, rehabilitación y servicios de apoyo para evitar la hospitalización psiquiátrica y facilitar el vivir independientemente

- Conocer los efectos del TAC en la estabilidad residencial, la actividad delictiva y el consumo de sustancias.

METODOLOGÍA

Diseño

Para la realización de la metodología, se propone la siguiente secuencia:

1. En primer lugar, definimos los criterios de selección.
2. Seguidamente, se lleva a cabo la búsqueda de artículos publicados en las diferentes bases de datos, que se describen más adelante.
3. Seleccionamos aquellos cuyo título y resumen se corresponden con la temática y cumplen con los criterios de selección ya desarrollados previamente.
4. Revisamos los artículos completos que hemos seleccionado y se excluyen los que, con su lectura completa, no cumplen con los requisitos finalmente.
5. Se extraen y analizan los datos de interés de los artículos elegidos.

Criterios de selección

- **Tipos de estudios:** esta revisión se centrará en los estudios publicados a partir de la consolidación definitiva del TAC (1980) hasta la actualidad. Esta selección se limita a aquellos publicados en los idiomas inglés y español, incluyendo tanto estudios primarios como secundarios.

- **Tipos de intervención:** elegiremos solo aquellos estudios cuyas intervenciones estén basadas en el modelo de TAC y su finalidad sea la prestación de una atención comunitaria, haciendo hincapié en la integración y el mantenimiento en la comunidad de las personas con TMG y la mejora en la calidad de vida.
- **Tipos de participantes:** se incluye a pacientes diagnosticados de trastornos psiquiátricos graves de larga duración (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor y trastornos por abuso de sustancias), con un gran deterioro evidente en el desempeño psicosocial y edades comprendidas entre 18 y 60 años.
- **Tipos de medida de resultados:** los estudios incluyen las siguientes medidas de resultados: hospitalizaciones (duración y número), gravedad de los síntomas, desarrollo biopsicosocial, satisfacción con el servicio, calidad de vida, estabilidad residencial, actividad delictiva y consumo de sustancias.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: selección y revisión

Para la búsqueda de estudios, se han consultado las siguientes bases de datos electrónicas de enfermería, medicina y ciencias sociales: PubMed, Cochane Plus, PsycINFO, Cuiden Plus, CINAHL, CSIC, Medline y Dialnet. Además, el análisis bibliográfico se ha completado consultado buscadores electrónicos (como Google y Google Académico), páginas webs (Organización Mundial de la Salud y World Psychiatric Association) y libros (*Enfermería psiquiátrica*).

Se garantiza la continuidad de los cuidados y el seguimiento asertivo por tiempo ilimitado proporcionando intervención *in vivo*

En primer lugar, procedimos a realizar la *cadena de búsqueda*. Se consideraron modificaciones en esta en función de la base de datos consultada, ya que, en ocasiones, ha sido necesario ampliar la búsqueda (utilizando truncamientos y sinónimos) o acortarla (añadiendo más condiciones a la cadena). Se ha 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».
- Búsqueda avanzada, búsqueda simple y términos MeSH, en función de la base de datos consultada.

Finalmente, tras consultar todas las bases de datos mencionadas, se obtienen en la muestra final: siete documentos procedentes de PubMed, cuatro de CINAHL, cuatro de PsycINFO, uno de DIALNET, seis de Cochane Plus, uno de CSIC y ninguno de Cuiden Plus.

RESULTADOS

Tras el proceso de lectura de los títulos y resúmenes de cada documento, se han revisado 402 referencias, de las cuales, hemos seleccionado 42 para su revisión completa. Finalmente, se obtiene una muestra de 23 documentos, excluyendo el resto por carecer de relación directa con la temática y no cumplir con los criterios de selección.

Los resultados obtenidos son los siguientes.

Características de los participantes

En todos los estudios analizados, se incluye a personas con TMG, siendo los trastornos del espectro esquizofrénico los más habituales. En gran medida,



existe un mayor porcentaje de hombres que de mujeres, con una media de edad de 38 años aproximadamente. Además, en múltiples documentos, se incluyen: personas con trastorno por consumo de sustancias, personas sin hogar o que hayan cometido actos delictivos.

Tipo de documentos incluidos

En la búsqueda, se incluyeron documentos tanto primarios como secundarios, obteniendo finalmente 17 documentos primarios (de los cuales, siete eran ensayos controlados aleatorizados) y seis documentos secundarios (un metanálisis, una revisión sistemática y cuatro revisiones narrativas).

Medidas de resultado

- **Número y duración de hospitalizaciones:** el equipo multidisciplinario que compone el programa se caracteriza por una alta frecuencia de visitas domiciliarias y un continuo seguimiento, valorando el estado general del paciente y evitando, en consecuencia, recaídas, reingresos e incremento del número de días hospitalizados. Quince documentos de los seleccionados estudian la duración o la frecuencia de las hospitalizaciones, obteniendo finalmente diferencias significativas en diez de ellos.

En el metanálisis de Ziguras y Stuart¹⁰, se corrobora que el TAC debe estar dirigido a los pacientes que están en mayor riesgo de hospitalización. En cambio, el estudio Salkever *et al.*¹¹ muestra que la magnitud de este efecto varía con las características del paciente y del programa, obteniendo mayores resultados en pacientes de mayor edad y con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Por el contrario, en la revisión sistemática de Pérez¹², 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 estos.

- **Calidad de vida y satisfacción con los servicios:** la atención más especializada y la asignación de un pequeño número de casos por profesional debería traducirse en una mayor atención percibida y, en consecuencia, un mayor grado de satisfacción y calidad de vida. Doce documentos estudian esta premisa, obteniendo unos resultados positivos en ocho de los analizados.
- **Funcionamiento sociolaboral:** la atención socio-sanitaria 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 paciente y únicamente en uno donde se evidencia mejora.
- **Sintomatología:** tanto la atención comunitaria continuada como el estrecho seguimiento del equipo provocan que el impacto y la gravedad de los síntomas se reduzcan, incrementándose, a su vez, la adherencia al tratamiento y el vínculo con el profesional. Se obtienen once documentos que abordan la gravedad sintomatológica del paciente y seis en los que se observa una mejora a favor del grupo del TAC.
- **Estatus residencial** (aplicado a personas con inestabilidad residencial o con múltiples episodios «sin hogar»). Son siete los documentos que consideran la estabilidad residencial como una medida de resultado que estudiar y tres los que evidencian diferencias significativas.
- **Consumo/abuso/dependencia de sustancias** (aplicado a personas diagnosticadas de patología dual, es decir, presencia de un TMG junto con consumo y abuso de sustancias). Siete documentos estudian el consumo de sustancias como medida de resultado, existiendo en dos estudios disminución en el abuso con el TAC.

La revisión de Fries y Rosen¹³ 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 pacientes con diagnóstico dual son: asesoramiento sobre abuso de sustancias, provisión de vivienda estable y ayuda a los 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, y dos evidencian mejoras.

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 paciente redujera 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 instancia, se observa que los resultados obtenidos en los diferentes documentos analizados 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.

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

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

- **Variables personales:** apoyo familiar y social, contacto con los servicios de salud mental, tipo de trastorno, comorbilidad, variables sociodemográficas, funcionamiento psicosocial anterior, tratamiento previo, etcétera.
- **Variables socioculturales:** accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud mental, nivel de pobreza, tasa de desempleo, políticas sanitarias, prevalencia e incidencia de trastornos, etc. Como ejemplo, en el estudio Botha *et al.*¹⁴, que se llevó a cabo en Sudáfrica, se evidencia que las intervenciones asertivas se pueden modificar en lugares de escasos recursos e incorporarse con éxito en los servicios existentes, adaptándolas de acuerdo con las necesidades de la comunidad y los recursos disponibles.
- **Variables de la intervención:** componentes, experiencia del equipo, frecuencia de los contactos, fidelidad, motivación, etc. El estudio Carton *et al.*¹⁵ recalca la importancia del equipo del TAC como una fuente de apoyo y soporte social, percibiendo de alta calidad la *relación con el profesional* respecto a 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» (reducir la tasa y el número de días de ingreso hospitalario), se demuestra eficaz en gran parte de los documentos.
2. Se evidencia mayor retención y «enganche» de pacientes al programa y, en consecuencia, una mayor adherencia y continuidad del tratamiento.
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 en las habilidades para la vida independiente.
5. En cambio, en el ajuste social y vocacional, no se encuentran mejoras significativas en buena parte de los estudios.

Por lo tanto, se evidencia la eficacia de dicho programa en la prestación de cuidados que garantizan una atención comunitaria e integral a las personas con TMG. Además, en la actualidad, existe una mayor eficacia del TAC si este se aplica en aquellos pacientes especialmente graves y desvinculados 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, hemos de subrayar que, aunque se han logrado extraordinarios avances en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales, el estigma, 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 con-

tinuidad y operatividad. Además, los enfermeros especialistas en 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 de la familia y la comunidad¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004;92: 25-51.
2. Higuera Romero J (coord.). Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
3. López-Santiago J, Blas LV, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2012;17(1):1-10.
4. Saiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Interv Psicosoc.* 2009;18(1):75-88.
5. Vila Pillado L, Areo Carracedo R, Ferro Iglesias V, González Domínguez-Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Suerio MJ, et al. Trastorno mental severo. *Rev Electrón Ter Ocup Galicia, TOG.* 2007(5):4.
6. Bond GR, Drake RE, Muesser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Critical ingredients and impact on patients.* *Dis Manage Health Outcomes.* 2001;9(3):141-59.
7. Martínez Jambriña JJ. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2007; 7(2):147-59.
8. Hernández-Monsalve M. Tratamiento comunitario asertivo. En: Verdugo Alonso MA, López Gómez D, Gómez Sánchez A, Rodríguez López M. Atención comunitaria,

- rehabilitación y empleo: Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, II Congreso Ibérico de Saúde Mental. Salamanca: INICO; 2003. p. 127-52.
9. Asamblea Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental. 2013- 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
 10. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000;51(11):1410-21.
 11. 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;34(2):577-601.
 12. Perestelo Pérez L, Rivero Santana AJ, González Lorenzo M, Pérez Ramos J. 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. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
 13. Fries HP, Rosen MI. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2011;17(1):45-50.
 14. 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; 14:56.
 15. 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):156-63.
 16. Franco Zambrano A, González Márquez E, Cano Miranda I, Domínguez Pérez I, Flores Mateos IS, Salgado Pacheco J, et al. Planes de cuidados enfermeros en salud mental. Servicio Extremeño de Salud; 2008.