

# TRATAMIENTO COMUNITARIO Y OCUPACIONAL. ASERTIVO Y TERAPIA

# ASSERTIVE TREATMENT AND COMMUNITY AND OCCUPATIONAL THERAPY.

**DeCS:** Assertive community Treatment, Occupational Therapy, Efficacy.

**MeSH:** Eficacia, Terapia ocupacional, tratamiento asertivo comunitario.



## Autora

### Dña. Alicia de la Cal Herrera

Terapeuta Ocupacional. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla – La Mancha).

e-mail de contacto: [aliciadelacal@gmail.com](mailto:aliciadelacal@gmail.com)

## Como citar este documento:

de la Cal Herrera A. Tratamiento asertivo comunitario y Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [fecha de la consulta]; 12(21): [29 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original4.pdf>

**Texto recibido:** 25/01/2015

**Texto aceptado:** 16/04/2015

**Texto publicado:** 28/05/2015

## Introducción

### Tratamiento Asertivo Comunitario

Los programas de tratamiento asertivo comunitario (TAC) surgieron a principios de los años 60 en Estados Unidos, consolidándose entre 1970-1980 por Arnold Marx, Leonard Stein, y Mary Ann Test, en el Instituto de Salud Mental de Mendota, en Madison (Hospital del Estado en el Condado de Dane, Wisconsin), y posteriormente extendiéndose al resto del mundo. <sup>(1-12)</sup>

### ¿Qué es el Tratamiento asertivo comunitario?

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) es un modelo de reparto de prestaciones para dotar de tratamiento integral en la comunidad a las personas con enfermedad mental grave.

El concepto "Tratamiento Asertivo Comunitario" lo podríamos desglosar como <sup>(3, 7, 26,27,138)</sup>:

## RESUMEN

**Objetivos:** Desde la terapia ocupacional pretendemos demostrar la intervención necesaria de esta disciplina a través del uso de la ocupación como medida terapéutica de rehabilitación en este tipo de programas.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión sistemática para conocer que es el tratamiento asertivo comunitario, cual es la función que desempeña la terapia ocupacional como disciplina en este tipo de programas, y comprobar la eficacia de implantación de este programa, para responder a las demandas del enfermo mental crónico en la comunidad.

**Resultados** El tratamiento asertivo comunitario (TAC) es un modelo de reparto de prestaciones desarrollado para personas con trastorno mental crónico, que tiende a no utilizar los servicios psiquiátricos ambulatorios, ni los centros comunitarios, propensos a recaídas y hospitalizaciones. Tiene como objetivo principal la integración de todos los componentes necesarios para el cuidado del enfermo mental crónico en la comunidad.

## SUMMARY

**Objectives:** From the field of occupational therapy, we try to demonstrate the necessary intervention of this discipline by means of using the activity as a measure of therapeutic rehabilitation in programs of this kind.

**Methodology:** A systematic review has been performed to know what is the assertive community treatment, what is the function carried out by occupational therapy as a discipline in this type of programs, and to assess the efficacy of the implementation of this program in fulfilling the demands of the chronic mental patient in the community.

**Results:** The assertive community treatment is a sharing performance model developed for patients with suffering from chronic mental disorders, who tend to avoid using public outpatient psychiatric services or community centers, but they are prone to relapses and hospitalizations. The principal objective of this model is integration of all necessary components for the care of chronic mental patients in the community.

- TRATAMIENTO= Vehículo hacia la Recuperación, adquisición de la máxima autonomía, implicando al paciente y su familia activamente en este proceso.
- ASERTIVO= Vinculación y mantenimiento activo de la alianza terapéutica, por parte de los profesionales, en el paciente como en la familia. (Esto quiere decir que el paciente no solicita una intervención sino que los profesionales son los que le ofrecen las alternativas de tratamiento)
- COMUNITARIO= Trabajo en la comunidad con servicios sanitarios y/o normalizados. Intervención "in vivo" (sobre el terreno).

El inicio de los programas de TAC surge tras la consideración de la escasa evolución de los pacientes con trastorno mental severo a nivel ambulatorio, debido a planes de tratamiento erróneos, ya que no se tienen en cuenta aspectos vinculados al paciente como son: (1, 2, 4, 7, 19,28,138)

- Necesidades básicas de cualquier individuo: alimentación, alojamiento, atención médica, acceso a recursos.
- Habilidades para responder a las demandas de la vida comunitaria: uso del transporte público, ir a la compra.
- Motivación del paciente
- Tendencia al abandono de los recursos de asistencia, no solicitan ayuda en los momentos de descompensación.

- Establecimiento de relaciones patológicas de dependencia (se refuerzan conductas negativas, esto suele ocurrir por los largos periodos de hospitalización).
- Ausencia de apoyo, información y educación para los miembros de la familia y entorno del paciente.

A partir de estas premisas se elaboró un modelo de intervención inicial del TAC, con las siguientes orientaciones: <sup>(1,7)</sup>

- Enseñar a las pacientes habilidades básicas, instrumentales y sociales necesarias para funcionar en la vida social de la comunidad.
- Evitar en lo posible la rehospitalización e institucionalización.
- Animar a los pacientes a exponerse al medio comunitario de manera responsable y efectiva.
- Trabajar con los familiares y el entorno para romper las relaciones de dependencia.
- Establecer una relación con los diferentes recursos de la comunidad.
- Interesarse activamente por los pacientes del programa, para evitar así los posibles abandonos.

### **Perfil de los usuarios a los que atiende el TAC.** <sup>(3, 4, 14, 29,30-34)</sup>

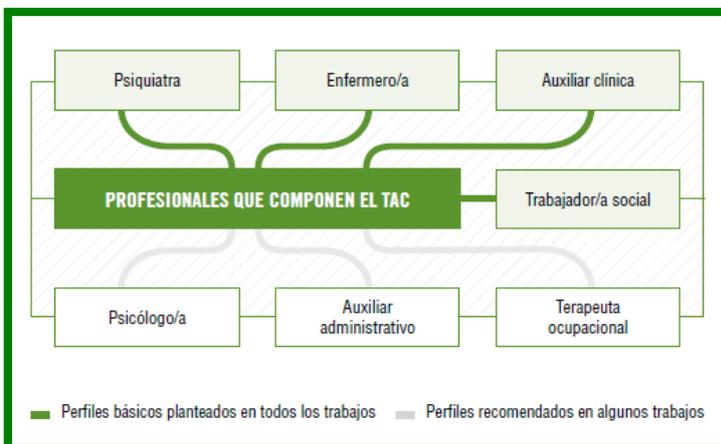
- Personas con enfermedad mental grave donde se vea afectada a su vida en la comunidad, dando prioridad a personas con esquizofrenia, trastorno paranoide, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, trastorno obsesivo-compulsivo.
- Personas con afectaciones funcionales significativas en alguna de las siguientes áreas: dificultades en desempeño en actividades básicas de la vida diaria, dificultades en mantener un empleo y dificultades en mantener situación de vida segura.
- Personas con alta necesidad de servicios: antecedentes de más de 2 ingresos hospitalarios al año o gran consumo de servicios de urgencias, dificultades en mantener situaciones básicas de supervivencia, dificultades

en acceso a servicios convencionales o residir en unidades o pisos supervisados.

- Disminución de la calidad de vida.
- Mala cumplimentación del tratamiento y tendencia a desvincularse de la red asistencial.
- Se excluye a pacientes que presenten; retraso mental, trastornos orgánicos, trastornos de personalidad, diagnóstico primario de abuso de sustancias, y a los menores de 16 años.

### Equipo multidisciplinar.

Está formado por un equipo multidisciplinar que orientan sus intervenciones en el domicilio de la persona, creando un plan de tratamiento conjunto entre el usuario y la familia, que permita al enfermo mental desarrollar sus habilidades



sociales, autonomía, ocio, participación social, empleo, e incrementar la adherencia terapéutica al tratamiento y disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental. (1-3,8,11,14,16,20,32,39,52)

Tabla: Servicio Andaluz de Salud Desarrollo de Programas De Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía

### Objetivos TAC

Tiene como objetivo principal la integración de todos los componentes necesarios para el cuidado de personas con enfermedad mental grave en la comunidad

- Objetivo general: (2, 8,)
  - Ofrecer atención sociosanitaria en el entorno natural de las personas que sufren una enfermedad mental grave.

- Desarrollar un sistema de continuidad de cuidados accesible y cercano.
- Potenciar la prevención y promoción de la salud.
- Objetivos específicos: <sup>(26,43)</sup>
  - Lograr una adherencia para la continuidad del tratamiento.
  - Desarrollar las capacidades de cada paciente.
  - Habilidades de autocuidado
  - Habilidades instrumentales
  - Elaboración y cuidado de la salud
  - Apoyo psicológico
  - Estructuración ocupacional
  - Apoyo en las relaciones sociales.

### **Metodología TAC**

Los elementos centrales del TAC se componen de trece premisas, relacionadas con el tipo de intervención, el equipo multidisciplinar <sup>(6, 9, 11,12)</sup>, las características de los pacientes <sup>(15, 16, 21,23)</sup> y la duración total del programa. <sup>(25, 29,31,33,35-50)</sup>.

- Equipo multidisciplinar que asume la responsabilidad completa del tratamiento del paciente.
- Las intervenciones se llevan a cabo en el medio natural, de manera flexible y se adecua a las circunstancias particulares del usuario.
- Prestación de servicios continuada, 24 horas / 7 días a la semana, manteniendo contactos frecuentes, mínimo 3 veces por semana.
- Baja ratio de pacientes asignados/as por profesional 1:10.
- Equipo actúa con una metodología activa en cuanto a la provisión de cuidados y la evitación de abandonos, con una atención integral incluyendo tratamiento farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario.
- Se interviene sobre el sistema de soporte social y las redes naturales con que cuenta el/la usuario/a en su comunidad.

- Estilo de trabajo basado en la colaboración, la dotación de recursos y la filosofía de la recuperación.
- Planificación individualizada y centrada en las necesidades percibidas por el/ la usuario/a
- El equipo asume, evalúa y trabaja los casos de manera conjunta y coordinada.

### **Intervención de TAC**

Las actividades que ha de desarrollar el equipo TAC son muy diversas y van a estar en todo momento vinculadas a las necesidades actuales del usuario/a. (3, 7, 8,10)

Para conseguir la integración de la persona en su medio habitual, un alto porcentaje de las intervenciones se realizaran en la comunidad. Por ello, muchas actividades van dirigidas a conseguir la implicación de todas las figuras representativas del entorno de la persona afectada. (14, 19, 20,27)

Los servicios que ofrece el TAC se agrupan en 3 grandes grupos. (32, 37, 39, 41, 43,51).

- Tratamiento Especifico
  - Atención clínica individual.
  - Psicoterapia individual.
  - Intervención en crisis.
  - Afrontamiento y manejo del estrés
  - Adherencia al tratamiento.
  - Identificación de pródromos y síntomas precoces de descompensación.
  - Educación y promoción de la salud.
  - Psicoeducación familiar.
  - Habilidades sociales.
- Ámbito domestico
  - Adiestramiento en autocuidados básicos (aseo personal, alimentación, etc.).

- Entrenamiento en habilidades domésticas.
- Aprendizaje de la administración económica.
- Provisión de alojamiento
- o Ámbito Ocupacional/ Laboral
  - Orientación motivacional.
  - Formación prelaboral.
  - Apoyo al el empleo.
  - Planificación y estructuración del tiempo.

### **Modalidades de intervención**

Los equipos del TAC realizan su intervención en diferentes contextos, según las necesidades de los pacientes y las demandas a solventar. (7, 10,14, 27,138). Estas se componen de: (33, 51, 52,55)

- Consultas en el centro.
- Atención domiciliaria y comunitaria.
- Intervención en crisis.
- Intervención telefónica o por email.
- Coordinación con otros recursos de salud mental.
- Atención primaria o especializada.
- Servicios sociales.
- Otros recursos comunitarios

### **Terapia Ocupacional y Tratamiento Asertivo Comunitario**

La T.O no está contemplada como un miembro principal en el equipo multidisciplinar de los programas TAC. Esta se ha identificado como una de las profesiones que podrían cumplir un papel esencial en la rehabilitación en los equipos del TAC, sin embargo hay muy pocos estudios que nos muestren una intervención desde la perspectiva de la terapia ocupacional en los programas del TAC. (23)

---

Esto es realmente significativo, puesto que la filosofía del trabajo del TAC, está basada en el modelo de competencias, es decir, desarrollar las capacidades y cualidades del paciente. <sup>(16)</sup>

Según el marco de trabajo para la práctica de la T. O. AOTA 2002- El t.o está especialmente formado para evaluar y tratar las dificultades de funcionamiento a nivel ocupacional, es decir, en lo referente a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, (AVD/AIVD) de ocio, participación social, educación y empleo.) <sup>(54,55)</sup>

La T.O se basa fundamentalmente en el uso de la ocupación, y se ha centrado en la utilización de actividades significativas y ocupaciones productivas, elegidas libremente para promover la salud y mantener un bienestar físico, psíquico y social.

El proceso de T.O, consiste en la identificación de las ocupaciones, que serán el foco de la intervención, determinando lo que está dificultando el funcionamiento de las ocupaciones y llevar a cabo un plan de intervención para mejorar su rendimiento. <sup>(58)</sup>

Para conseguir una integración comunitaria, es de suma importancia adquirir habilidades de autonomía, empleo y participación social, áreas en las que el terapeuta ocupacional es imprescindible. <sup>(56)</sup>

La eficacia del TAC, es consecuencia de la intervención que los diferentes profesionales realizan, en este caso nos gustaría defender el objetivo de nuestra revisión, a través de este trataremos de justificar la pertinencia de la figura del t.o en los equipos de TAC desde las diferentes áreas de nuestra disciplina, señalando las evidencias y estudios que prueban la validez interna del T.O en las áreas de ocupación.

## Metodología

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE PUDMED, TRIPDATABASE, CROCHANE PLUS, OT SEEKER, WOK. Además se utilizó reponedor institucional como DIALNET y buscadores electrónicos como GOOGLE, GOOGLE ACADEMIC. LAS revistas utilizadas fueron: AMERICAN JOURNAL OCCUPATIONAL THERAPY, OCCUPACIONAL THERAPY INTERNACIONAL, debido al acceso por clave institucional. Asimismo se utilizó revistas Open Access como la REVISTA GALLEGA DE TERAPIA OCUPACIONAL, con unos límites desde 2000 hasta febrero de 2012, incluyendo descriptores en el título y el resumen de los artículos, utilizando el marcador booleano "AND" para todas las búsquedas. El análisis bibliográfico se complementó con libros, comunicaciones y monográficos (vinculados a la rehabilitación psicosocial y Salud Mental) consultas manuales y vía Internet (publicaciones y proyectos sobre el tratamiento asertivo comunitario centradas en Terapia Ocupacional y su eficacia para esta investigación).

### Objetivos de la revisión

- Conocer que es el Tratamiento asertivo comunitario.
- Aproximar o estimar la figura o rol del Terapeuta Ocupacional en los programas de tratamiento asertivo comunitario.
- Demostrar la eficacia del tratamiento asertivo comunitario.

### Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

#### Tipos de estudios:

En la búsqueda se incluyeron todo tipo de estudios (estudios de casos y controles, estudios de cohortes, ensayos controlados aleatorios, estudios cualitativos, estudios cuantitativos, estudios descriptivos y revisiones sistemáticas) cuyo tema principal fuera el tratamiento asertivo comunitario, su eficacia y la participación del Terapeuta ocupacional como miembro del equipo

multidisciplinar. Se incluyeron estudios publicados en todos los idiomas. Se excluyeron los estudios que hacían referencia a intervenciones solo hospitalarias, intervenciones no comunitarias carácter público o privado, intervenciones a través de fármacos. Se aceptaron todos los artículos independientemente del idioma que estuviera escrito.

### **Tipos de participantes**

Se incluyeron a personas que padezcan enfermedad mental grave de larga duración, en edades comprendidas entre los 18 y 65 años, diagnosticadas de esquizofrenia, trastornos paranoides, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno esquizoafectivo, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos por abusos de sustancias. Quedaron excluidas las personas que padezcan Retraso mental, trastorno mental orgánico y trastornos de personalidad, y edades por debajo de los 18 años y por encima de los 65.

Los participantes debían tener afectada su vida en la comunidad, con alteraciones significativas en las áreas ocupacionales como las actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre, adquisición de un empleo, teniendo en cuenta el número de rehospitalizaciones y la desvinculación de la red asistencial así como una disminución en su calidad de vida.

### **Tipos de intervención**

Programas de TAC a nivel mundial que validaran la eficacia del programa a través de sus intervenciones comunitarias, sin tener en cuenta la gestión del recurso (pública, privada o concertada) haciendo hincapié en la reducción de ingresos hospitalarios por la intervención comunitaria, aumento de la calidad de vida de los usuarios así como la adquisición de destrezas y habilidades en las diferentes áreas ocupacionales. Todo ello enfocado con la intervención del terapeuta ocupacional como miembro del equipo multidisciplinar.

## Tipos de medidas de resultado

Los resultados elegidos fueron aquellos que se consideraron más valiosos desde el punto de vista clínico para evaluar la efectividad y la continuidad de la intervención de las personas con enfermedad mental en un ámbito comunitario.

Base de datos	Términos y Limites	Totales Seleccionados	
<b>PUDMED</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>410</b>	<b>78</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>PUDMED</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT And OCCUPATIONAL THERAPY	<b>2</b>	<b>2</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>CROCHANE PLUS</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>4</b>	<b>2</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>Trip DATABASE</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>59</b>	<b>9</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>OT SEEKER</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>20</b>	<b>2</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>WOK</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>233</b>	<b>27</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>DIALNET</b>	<u>Términos</u> Tratamiento asertivo comunitario	<b>11</b>	<b>4</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015		
<b>TOG</b>	<u>Términos</u> Tratamiento asertivo comunitario	<b>3</b>	<b>3</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015		
<b>AMERICAN JOURNAL O.T</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>44</b>	<b>4</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		
<b>O.T INTERNATIONAL</b>	<u>Términos</u> ASSERTIVE COMUNITY TREATMENT	<b>19</b>	<b>5</b>
	<u>Limites</u> Años 2000 al 01-03/2015 Términos incluidos en resumen y titulo		

\*Fuente: Elaboración propia 2015

## Intervención desde la Terapia Ocupacional en los TAC

- Actividades de la vida diaria (AVD):
- Un amplio porcentaje de las personas con E.M.C presenta dificultades para un desempeño satisfactorio en estas actividades. Definimos las AVD como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo; por lo

que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria. <sup>(130,136)</sup>

- La ejecución de las AVD/AIVD permite una participación con el medio, ya que aumentan la autonomía e independencia personal, estas cumplen una función social importante ya que sirven como vínculos de transmisión de valores y normas a un determinado grupo social, una comunidad o una cultura, además regulan también los periodos de actividad diurna y como consecuencia el descanso nocturno. <sup>(23,136)</sup>
- Estas pueden considerarse como mecanismos de adaptación a través de los cuales los individuos afrontan los cambios que se producen en su vida. <sup>(59,60)</sup>
- El uso de estas actividades, ayudan a afrontar y manejar el estrés, los síntomas de depresión, mejoran la autoestima y gracias a ellas se percibe una mayor participación social, un mayor rendimiento y satisfacción, además previenen recaídas, y se puede realizar una intervención de educación para la prevención de crisis.. <sup>(28, 56,60)</sup>
- Educación y empleo:
  - El trabajo es el camino principal para la inclusión social y el desarrollo personal. Las personas que sufren una enfermedad mental, están desempleadas o se encuentran excluidos del mundo laboral. <sup>(63)</sup>.
  - La intervención desde T.O en esta área irá dirigida a propiciar una mayor autonomía e independencia, a través de actividades como son la orientación vocacional, formación y entrenamiento para el empleo, adaptación en un puesto de trabajo, inserción laboral y mantenimiento del empleo. <sup>(65)</sup>
  - Para conseguir una inserción en el mundo laboral, no debemos olvidar el desempeño en otras áreas que repercuten o influyen directamente con la adquisición de un empleo. Es importante señalar que es necesario un seguimiento entre las diferentes áreas de desempeño como son las AVD (nivel de autonomía, higiene y aseo personal), AIVD (movilidad en la comunidad, manejo del dinero, transportes, limpieza del hogar),

Actividades de ocio y tiempo libre: (identificación de intereses y realización de actividades asociadas a esta área).<sup>(63)</sup>

- El que se adquiriera un empleo es muy importante ya que va a otorgar a la persona con E.M.C de habilidades en referencia a la organización del tiempo, que van a generar a parte de una satisfacción, hábitos y rutinas en el sueño, economía, adquisición de roles, aumento de la participación social e integración en la comunidad.<sup>(23)</sup>
  
- o Participación social y ocio y tiempo libre:
  - En esta área de desempeño, las actividades físicas, deportivas, corporales, recreativas y lúdicas son de especial relevancia en nuestra sociedad, debido a que generan un vínculo a nivel personal, social y comunitario, además de que son muy valoradas ya que su realización puede realizarse en entornos comunitarios y de manera grupal, incluyendo de esta manera al E.M.C en su comunidad.
  - Este tipo de actividades mejoran el autoconcepto de la persona, y favorece el desarrollo de expectativas de logro y aumenta las destrezas individuales.<sup>(67-69,136)</sup>
  - Los beneficios de este tipo de actividades aumentan significativamente cuando se hacen en grupo.<sup>(37)</sup>
  - Muchas de estas actividades pueden realizarse en el entorno próximo de la persona, con lo cual favorecerá el vínculo con la comunidad.<sup>(66-68,70)</sup>
  - Las actividades creativas desempeñan una misión muy importante en la T.O ya que pueden proporcionar las oportunidades de reestructurar las relaciones sociales, desarrollar competencias y aumentar la autoestima en el E.M.C., así como una adhesión a la comunidad al desarrollar estas actividades de manera grupal.<sup>(71)</sup>
  - La aplicación de estas actividades puede perseguir la adquisición o recuperación de capacidades y destrezas, el desempeño de las áreas de ocupación o la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en situaciones de discapacidad.<sup>(73)</sup>

## Resultados

Los programas de TAC han supuesto una serie de modificaciones a nivel hospitalario y asistencial para las personas con E.M.C. La eficacia de estos programas radica en una intervención comunitaria evitando reingresos hospitalarios, aumentando una vida independiente en la comunidad y aumentando la calidad de vida del paciente.

Para validar cada una de estas premisas contamos con instrumentos de valoración recogidos en los estudios que nos permiten medir la eficacia de estos programas e intervenciones. Dichas escalas son:

- 1. Número de hospitalizaciones y duración de las mismas, con reducción de los costes:** los programas del TAC, reducen significativamente los reingresos hospitalarios y la estancia de día en el hospital, esto es consecuencia de que el psiquiatra está integrado como miembro del equipo multidisciplinar, y en el caso de producirse una descompensación, este va al domicilio y valora el estado del paciente. <sup>(4,5,11,12,25,30,41,50,76-130.133,134,135)</sup>

### El instrumento de validación sería:

- ESCALA SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS) <sup>(17,35,124)</sup>
- Encuesta salud SF-36 <sup>(11)</sup>
- Brief Psychical Rating Scale (BRPS) <sup>(3,11,20,24,25,30,31,38,63)</sup>
- Escala Dartmouth (DACTS) <sup>(3,15,16,17,20,27,31,36,38,39,40,74,117,124,126,127,128)</sup>

- 2. Habilidades para la vida independiente:** se observa una mayor autonomía en los pacientes, esto puede ser consecuencia de que el equipo multidisciplinar asume el cuidado social y de salud del paciente, prestando servicios continuados, vinculada a una atención domiciliaria. <sup>(5,19,40,45,134,136)</sup>

Los instrumentos de validación serían:

- Escala Honos <sup>(3,15,29,36,126)</sup>
- Encuesta salud SF-36 <sup>(11)</sup>
- Evaluación de necesidades Camberwell (CAN) <sup>(15)</sup>

- Escala función social y ocupacional. (SOFAS) <sup>(17)</sup>

### **3. Satisfacción de pacientes y familiares y calidad de vida:**

incrementa gracias a una mayor atención percibida por el paciente, ya que el personal tiene asignado un número reducido de casos, y la atención es más especializada. <sup>(17,20,25,38,40,41,52,74, 76-130,134)</sup>

Los instrumentos de validación serían:

- Escala calidad de vida (CDV)<sup>(20)</sup>
- Escala calidad de vida (Qoli) <sup>(17,20,29,47,63,124)</sup>

### **4. Ajuste Social, vocacional y de empleo:** No hay mejoras evidentes, los resultados no son concluyentes. <sup>(32,33,47,52,76-130)</sup>

Los instrumentos de validación serían:

- Evaluación de necesidades Camberwell (CAN) <sup>(15)</sup>

### **5. Impacto de los síntomas y adherencia al tratamiento:**

consecuencia de una mayor atención prestada por el equipo multidisciplinar, al reducirse los síntomas los pacientes crean un mayor vínculo con los profesionales aumentando su adherencia al tratamiento. El que la intervención se realice en la comunidad es un punto fuerte para la eficacia de estas variables. <sup>(8,10,12,17,30,33,40,41,45,50,74, 76-130, 133,135,137)</sup>

Los instrumentos de validación serían:

- GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)<sup>(24,30,35,36,47,50,124,126)</sup>
- ESCALA SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS) <sup>(17,35,124)</sup>

---

## Discusión

Tras la revisión sistemática sobre el TAC, hemos podido definir en que se basan este tipo de programas, delimitar su población de estudio, las características de los pacientes, metodología y tipos de intervención que en él se realizan.

Los resultados de la eficacia del TAC han sido asociados al equipo multidisciplinar, en el que no se tiene en cuenta al Terapeuta Ocupacional, y aunque hay pocos estudios que evidencian su intervención, cabe destacar que sus intervenciones han tenido resultados muy favorecedores.

Lo que más llama la atención es que en un programa vinculado a la inserción comunitaria, a través de una intervención vinculada a la adquisición de la máxima autonomía no contemple la presencia del Terapeuta Ocupacional, siendo éste el profesional más formado para tratar y evaluar las dificultades de funcionamiento a través de la ocupación, aumentando las capacidades de la persona para llevar una vida independiente, modificando su entorno si fuera necesario.

La importancia de que el T.O se encuentre dentro de los programas del TAC supone una reestructuración del E.M.C en su comunidad, dotándole de estrategias para la adquisición de hábitos rutinas y roles, para el desempeño de una vida independiente en la comunidad. La intervención está ligada a la adquisición de habilidades en las diferentes áreas como son las AVD/AIVD, empleo y participación social. Si algo hemos aprendido es que la rehabilitación en estas áreas favorecerán un ajuste social, previniendo recaídas y por consiguiente la reducción de las hospitalizaciones, así como un aumento de la calidad de vida de estos pacientes por conseguir una autonomía en su medio comunitario.

La relación terapéutica entre el paciente y el profesional van ligadas a la calidad de vida del paciente y por consiguiente a su inserción en la comunidad que es el fin último que se pretende conseguir en la rehabilitación en personas con E.M.C.

Los resultados de estos estudios mostraron que el TAC es efectivo a la hora de mantener el contacto con los pacientes, en reducir los ingresos hospitalarios y su duración, así como la adquisición de habilidades para la vida independiente, un aumento de la calidad de vida, tanto de los pacientes como de la familia, un ajuste social, vocacional y de empleo y por consiguiente la reducción de los síntomas tras conseguir una mayor adherencia al tratamiento.

Sin embargo, encontramos grandes limitaciones para validar los resultados obtenidos sobre los programas de TAC, esto se debe a diversas variables, podríamos destacar:

1. La falta de bibliografía con las características esenciales de la programación de dicho recurso, dependiendo del lugar donde se realice la intervención hay unas políticas sanitarias ya sean recursos de carácter público, privado o concertado, esto tiene mucho que ver con el tipo de recurso del que son derivados los pacientes.
2. La metodología e intervención utilizada de cada miembro multidisciplinar, no se especifica cuál es la función de cada uno de los profesionales, ni el tiempo de intervención que realiza cada uno.
3. La muestra utilizada en cada uno de los estudios, no se limitan a una serie de patologías, ni podemos delimitar el entorno de la persona, ni sus necesidades, ya que cada lugar de intervención es distinto, con distintos valores y creencias culturales.
4. Los instrumentos de valoración utilizados para validar la intervención, ya que no hay unos específicos y dependiendo del lugar o zona de estudio se utilizan unos u otros, y en muchos casos ni siquiera se habla de un instrumento de validación.

5. No se tienen en cuenta aspectos culturales, demográficos, ni se diferencia por genero (masculino y femenino), esto tiene gran importancia ya que delimita la realidad del programa y convierte estas variables en sesgos para validar su eficacia.
6. En la actualidad estos recursos dependen de una entidad financiera que abale su intervención, en el caso de España serian los servicios sociales, pero en otros lugares depende de entidades de carácter privado y esto hace que se dispongan de unos recursos materiales y humanos diferentes.
7. También cabe destacar la poca información encontrada sobre los terapeutas ocupacionales en este recurso, ya que si los propios terapeutas no validan y luchan por ser miembro del equipo multidisciplinar no encontraremos bibliografía ni la incorporación dentro de estos programas.

Estas limitaciones se verían plasmadas en los siguientes resultados: reducción hospitalaria, mejora del funcionamiento y ajuste social o reducción de síntomas. Todo ello producido por un desajuste en el equipo multidisciplinar, que carece de todos los miembros necesarios, o por la cobertura de horas del programa.

Por todo ello, nos preguntamos si el TAC es un programa eficaz, y tras el análisis descrito podríamos estimar que una intervención multidisciplinar basada en las reducciones hospitalarias con una intervención comunitaria, podría reducir los síntomas y mejorar la adherencia al tratamiento, pero debemos de tener en cuenta las limitaciones encontradas que nos hacen cuestionarnos si dichos programas podrían utilizarse indistintamente en cualquier lugar del mundo ya que hay demasiadas variables que podrían sesgar nuestros resultados.

Para posibles investigaciones futuras, sería interesante descubrir cuál es la función dentro de los programas del TAC de los diferentes miembros del

equipo, así como consensuar unos instrumentos de valoración para validar los resultados de dichas intervenciones.

Como cuestiones éticas nos encontramos que hay personas con E.M que no desean mantener contacto con los servicios de salud mental, y una intervención con los programas de TAC obliga a estas personas a mantenerlo, dejando al paciente sin el control de decisiones y violando su autonomía.

Por consiguiente, esperamos que la implantación de los programas de TAC en España, vinculen la Terapia Ocupacional como disciplina esencial ya que tras el análisis de estos programas estimamos que es esencial para poder validar la eficacia en las prestaciones ofertadas además de una reducción del uso los recursos sanitarios que ofrecen atención a los E.M.C, así como una mayor calidad de vida para los trabajadores que articulan la red de salud mental.

## Conclusión

Los resultados muestran que la eficacia del TAC está estrechamente vinculada con el trabajo que desempeñaría el t.o como miembro del equipo. Todas las variables que se relacionan con la eficacia del TAC conllevan una adquisición en las diferentes áreas ocupacionales como son AVD/AIVD, participación social, ocio y empleo.

Como resultado de la intervención del t.o en cuanto a las **AVD/AIVD** supondrá una **reducción en el número de hospitalizaciones y en la duración de las mismas** <sup>(56)</sup>, debido a que un aumento de las habilidades y destrezas en la adquisición de hábitos, rutinas y roles en esta área, se creará una **mayor autonomía** <sup>(28)</sup> y en consecuencia **habilidades para la vida independiente** <sup>(23)</sup>, lo que conseguirá una mayor **satisfacción** tanto en el E.M.C como en sus familiares. A raíz de esto se producirá un **aumento de la calidad de vida**, y

esta serie de competencias adquiridas permitirán un **ajuste tanto social, laboral** <sup>(60-63)</sup> como de participación comunitaria, lo que **reducirá los síntomas** y conseguirá una mayor **adherencia al tratamiento** <sup>(28)</sup>, gracias a la relación terapéutica. <sup>(132,134,136,137)</sup>

En referencia al área de **educación y empleo**, el t.o dotara al E.M.C de habilidades y destrezas a través de la orientación laboral, adaptación del puesto de trabajo y la inserción y mantenimiento de un empleo que desembocará en el desarrollo de **habilidades para la vida independiente** <sup>(23)</sup>, ya que la **adquisición de un empleo** <sup>(63-65)</sup>, producirá un **ajuste social** <sup>(30)</sup> y económico, y en consecuencia aumentará **la satisfacción y calidad de vida** <sup>(63-65)</sup>. Esto producirá una **reducción de las hospitalizaciones y la duración de las mismas** <sup>(47)</sup>, aumentando la **adherencia al tratamiento** <sup>(23)</sup>, **reduciendo los síntomas** y proporcionándole actividades de ocio en la comunidad.

A través del área de **ocio y participación social**, obtenemos que la realización de actividades significativas como el deporte o las actividades creativas pueden proporcionar oportunidades para reestructurar las relaciones sociales, desarrollar competencias y aumentar la autoestima <sup>(71-73)</sup>. Estas actividades **disminuyen los síntomas** <sup>(67-69,136)</sup> causados por la enfermedad. Gracias a estas se produce un **ajuste social** <sup>(37)</sup>, ya que son actividades especialmente relevantes en nuestra sociedad, que crean un sentimiento de **satisfacción** <sup>(67-69)</sup> con su realización, debido a que pueden realizarse de manera colectiva en un entorno comunitario, creando un apoyo social y vínculo emocional que permitirá al E.M.C integrarse en su medio. Como consecuencia de la realización de éstas, aumentará la **adherencia al tratamiento** <sup>(70)</sup> y por consiguiente la **calidad de vida** del paciente, vinculándole a la comunidad y reduciendo así las descompensaciones, lo que llevara a una **reducción del número de hospitalizaciones** <sup>(66,133,135)</sup>.

<b>VARIABLE ESTUDIADA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>
<b>NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES Y DURACIÓN DE LAS MISMAS</b>	Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en el hospital	La realización de AVD/AIVD, actividades deportivas, creativas, previenen el estrés y disminuyen los síntomas positivos obteniendo así una reducción de las hospitalizaciones.
<b>HABILIDADES PARA LA VIDA INDEPENDIENTE</b>	Mayor autonomía de los/las pacientes	Realización de las AVD/AIVD para conseguir una vida independiente
<b>NIVEL DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES</b>	Incremento significativo del nivel de calidad percibida en la atención	A través de la realización actividades de manera independiente, y gracias a la integración en el medio comunitario.
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente y familia	La realización de AVD y actividades de ocio, crearan de vínculos con la comunidad como con el profesional
<b>AJUSTE SOCIAL</b>	Resultados no concluyentes, algunos trabajos iniciales apuntan mejoras, replicaciones más actuales no confirman estos datos.	Con la inserción en la comunidad a través de actividades de ocio como el deporte/actividades artísticas se disminuye el estigma social y la posible consecución de un empleo hacen posible la disminución del estigma social ante personas con E.M
<b>AJUSTE VOCACIONAL Y EMPLEO</b>	No se encuentran mejoras significativas en buena parte de los estudios.	A través de orientación vocacional, adaptación del puesto de trabajo, inserción y mantenimiento del empleo.
<b>IMPACTO SOBRE LOS SÍNTOMAS</b>	En algunos trabajos se observa reducción, en la mayoría no aparecen cambios significativos.	Actividades físico deportivas, artísticas, de ocio y participación social reducen los síntomas positivos, además de una buena relación terapéutica con el profesional, permiten a E.M a satisfacer sus necesidades.
<b>COMPLICACIONES JURÍDICO-PENITENCIALES</b>	Reducción significativa de los problemas con la justicia.	A través de la integración en la comunidad con actividades significativas para el E.M
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	Mejora significativa de la adherencia terapéutica.	Relación terapéutica, y el marcar los objetivos de la intervención con el paciente y familia
<b>COSTE-EFECTIVIDAD</b>	No se produce ahorro, sino mejor calidad de vida con un gasto similar.	Al reducir los reingresos, y aumentar la calidad de vida y la satisfacción de la persona, se disminuirá el gasto ocasionado por las rehospitalizaciones, evitando las recaídas.

**Fuente: elaboración propia 2015**

## Bibliografía

1. Hernández Monsalve M. Tratamiento comunitario asertivo. En Verdugo Alonso MA, Lopez Gomez D, Gomez Sanchez A, Rodriguez Lopez M. Atencion comunitaria, rehabilitación y empleo. Salamanca.Publicaciones Inico 2003.p127-153, Disponible en <https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Actas-rehabi.PDF>
2. Servicio andaluz de salud. Desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía.Documento Marco. Area de dirección de organizaciones sanitarias de la escuela de andalucia de salud publica. 2010. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioundaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/TAC\\_SAS\\_2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioundaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/TAC_SAS_2010.pdf)
3. Martínez Jambrina J.J., Peñuelas Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. Archv. de psiquiatr. 2007;70(2):77-82.
4. Espiño Díaz I. Tratamiento asertivo comunitario en pacientes con trastorno mental severo Comunicación presentada en: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010.Febrero-Marzo.
5. Joannette JA, Lawson JS, Eastabrook SJ, Krupa T. Community tenure of people with serious mental illness in assertive community treatment in Canada. Psychiatr Serv. 2005;56(11):1387-93.
6. 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.
7. Saiz J., Chévez A. La intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. Intervención Psicosocial, 2009; 18 (1): 75-88.
8. Assertive community treatment. This individualized, comprehensive care benefits patients with severe mental illness. Harv Ment Health Lett. 2011;27(11):4-5
9. Jones A. Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2002;9(3):261-70
10. Burroughs T, Somerville J. Utilization of Evidenced Based Dialectical Behavioral Therapy in Assertive Community Treatment: Examining Feasibility and Challenges. Community Ment Health J. 2013 Feb;49(1):25-32
11. Fam J, Lee C, Lim BL, Lee KK. Assertive Community Treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. Ann Acad Med Singapore. 2007;36(6):409-12.
12. Fries HP, Rosen MI. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2011;17(1):45-50.
13. Mares AS, Rosenheck RA. A comparison of treatment outcomes among chronically homelessness adults receiving comprehensive housing and health care services versus usual local care. Adm Policy Ment Health. 2011;38(6):459-75.
14. Neira Rodriguez M, Valcárcel López M, Cores Viqueira P, Ferro Iglesias V. Terapia Ocupacional y Tratamiento Asertivo Comunitario. TOG (A Coruña) [revista Internet] [-21/11/2012]; 2009; Vol 6, Supl.5: 196-215. Disponible en:<http://www.revistatog.com/suple/nm5/tac.pdf>
15. Kortrijk HE, Mulder CL, Roosenschoon BJ, Wiersma D. Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment. [Community Ment Health J.](#) 2010;46(4):330-6
16. Wakefield PA, Randall GE, Richards DA. Identifying barriers to mental health system improvements: an examination of community participation in assertive community treatment programs. Int J Ment Health Syst. 2011;5(1):27.
17. Botha UA, Koen L, Joska JA, Hering LM, Oosthuizen PP. Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. BMC Psychiatry.2010;(10):73
18. Ackerson BJ, Karoll BR. Evaluation of an Assertive Community Treatment Harm Reduction Program: Implementation. Best Practices in Mental Health.2005;1 (2):34-49

19. Dixon L. Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv.* 2000;51(6):759-65.
20. Horiuchi K, Nishio M, Oshima I, Ito J, Matsuoka H, Tsukada K. The quality of life among persons with severe mental illness enrolled in an assertive community treatment program in Japan: 1-year follow-up and analyses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2006;2:18
21. Horvitz-Lennon M, Reynolds S, Wolbert R, Witheridge TF. The Role of Assertive Community Treatment in the Treatment of People with Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2009;12(3):261-77.
22. Rice MJ. . Assertive community treatment: evidence based hope for the seriously mentally ill. . *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2011;17(1):13-5
23. Krupa T, McLean H, Eastabrook S, Bonham A, Baksh L. Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *Am J Occup Ther.* 2003;57(5):558-65.
24. Barry KL, Zeber JE, Blow FC, Valenstein M. Effect of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: two-year follow-up. *Psychiatr Rehabil J.* 2003;26(3):268-77.
25. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv.* 2006;57(2):185-96.
26. Fernández Pérez, C. Equipo de tratamiento asertivo comunitario de Oviedo Asturias (ETAC). 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2007.
27. Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *Br J Psychiatry.* 2003;182:248-54.
28. Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; Gonzalez Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, MJ.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, ML.: Trastorno Mental Severo. TOG (A Coruña) [revista Internet]. 2007 [20/11/2012]; (5): [52 p.] Disponible en:<http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf>
29. Stobbe J, Mulder NCL, Roosenschoon BJ, Depla M, Kroon H. Assertive community treatment for elderly people with severe mental illness. *Bmc Psychiatry.* 2010;10:9.
30. Ito J, Oshima I, Nishio M, Sono T, Suzuki Y, Horiuchi K, et al. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123(5):398-401.
31. Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF, Paulson RI, Cutler DL, Lewis K, et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Ment Health Serv Res.* 2000;2(3):155-64.
32. Ghosh R, Killaspy H. A national survey of assertive community treatment services in England. *J Ment Health.* 2010;19(6):500-8
33. Gilbert H, Burns T, Copello A, Coulton S, Crawford M, Day E, et al. Assertive Community Treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2012;13:19.
34. Cook S, Chambers E, Coleman JH. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2009;23(1):40-52.
35. Tempier R, Balbuena L, Garety P, Craig TJ. Does assertive community outreach improve social support? Results from the Lambeth Study of early-episode psychosis. *Psychiatr Serv.* 2012;63(3):216-22.
36. Van Vugt MD, Kroon H, Delespaul P, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, et al. Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *Can J Psychiatry.* 2011;56(3):154-60.
37. Shattell MM, Donnelly N, Scheyett A, Cuddeback GS. Assertive community treatment and the physical health needs of persons with severe mental illness: issues around integration of mental health and physical health. *J*

- Am Psychiatr Nurses Assoc. 2011; 17(1):57-63
38. Yang J, Law S, Chow W, Andermann L, Steinberg R, Sadavoy J. Best practices: assertive community treatment for persons with severe and persistent mental illness in ethnic minority groups. *Psychiatr Serv.* 2005;56(9):1053-5.
  39. Shetty A. Assertive community treatment teams. *Br J Psychiatry.* 2010;196(1):77-8
  40. Salyers MP, Tsemberis S. ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Community Ment Health J.* 2007;43(6):619-41.
  41. McCluskey A, Arblaster K, Urlic K. Organisational changes leading to use of Assertive Community Treatment and supported employment improve outcomes for people with severe mental illness. *Aust Occup Ther J.* 2009;56(5):362-4.
  42. Killaspy H. Assertive community treatment in psychiatry. *BMJ.* 2007;335(7615):311-2.
  43. Dewa CS, Horgan S, McIntyre D, Robinson G, Krupa T, Eastabrook S. Direct and indirect time inputs and assertive community treatment. *Community Ment Health J.* 2003;39(1):17-32.
  44. Botha U, Koen L, Oosthuizen P, Joska J, Hering L. Assertive community treatment in the South African context. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2008;11(4):272-5.
  45. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):393-9.
  46. Rosenheck RA, Neale MS, Mohamed S. Transition to low intensity case management in a VA Assertive Community Treatment model program. *Psychiatr Rehabil J.* 2010;33(4):288-96.
  47. Cosden M, Ellens J, Schnell J, Yamini-Diouf Y. Efficacy of a Mental Health Treatment Court with assertive community treatment. *Behav Sci Law.* 2005;23(2):199-214.
  48. Cleary M, Hunt G, Mathesin S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;23(1):CD001088
  49. Redko C, Durbin J, Wasylenki D, Krupa T. Participant perspectives on satisfaction with assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(3):283-6
  50. Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, á Campo J, Poddighe G, et al. An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(2):125-30.
  51. Thøgersen MH, Morthorst B, Nordentoft M. Perceptions of coercion in the community: a qualitative study of patients in a Danish assertive community treatment team. *Psychiatr Q.* 2010;81(1):35-47
  52. Angell B. Contexts of social relationship development among assertive community treatment clients. *Ment Health Serv Res.* 2003;5(1):13-25.
  53. Martínez O, Cantero Garlito PA. Miradas, ópticas y matices para una (otra) definición de la Terapia Ocupacional (en España). *TOG(A Coruña)* [revista en Internet]. 2011 [02/11/2012]; monog.4:18-27. Disponible en [www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf](http://www.revistatog.com/mono/num4/mono4.pdf)
  54. Creek J. Occupational Therapy and mental health. 3ª Ed. Edingburgh: Churchill Livingstone; 2002
  55. Talavera Valverde MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2007 [15/10/2012]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>
  56. Haertl K, Behrens K, Houtujec J, Rue A, Ten Haken R. Factors influencing satisfaction and efficacy of services at a free-standing psychiatric occupational therapy clinic. *Am J Occup Ther.* 2009;63(6):691-700.
  57. Farnworth L, Muñoz JP. An occupational and rehabilitation perspective for institutional practice. *Psychiatr Rehabil J.* 2009;32(3):192-8.

58. Egan MY, Kubina LA, Lidstone RI, Macdougall GH, Raudoy AE. A critical reflection on occupational therapy within one Assertive Community Treatment team. *Can J Ocup Ther.* 2010;77(2):70
59. Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *Am J Occup Ther.* 2011;65(3):267-76.
60. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2011;65(3):247-56.
61. Moruno P. Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno P, Romero DM. *Actividades de la vida diaria.* 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 3-22
62. Cantero P, Moruno P. Actividades de la vida diaria en Salud mental. En: Moruno P, Romero DM. *Actividades de la vida diaria.* 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 219-256
63. Chan PS, Krupa T, Lawson JS, Eastabrook S. An outcome in need of clarity: building a predictive model of subjective quality of life for persons with severe mental illness living in the community. *Am J Occup Ther.* 2005;59(2):181-90.
64. Kidd SA, George L, O'Connell M, Sylvestre J, Kirkpatrick H, Browne G, et al. Recovery-oriented service provision and clinical outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J.* 2011;34(3):194-201.
65. Moruno P, Talavera MA, Cantero P, Fernández N. Terapia ocupacional en recursos para la integración sociolaboral. Moruno Miralles P, Talavera Valverde M.A. *Terapia Ocupacional en Salud Mental.* Barcelona: Masson, 2011; 253-283
66. Bullock A, Bannigan K. Effectiveness of activity-based group work in community mental health: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2011;65(3):257-66.
67. Moruno P, Cantero P, Barrios S. Actividades físicas y deportivas En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde M.A. *Terapia Ocupacional en Salud Mental.* Barcelona: Masson, 2011; 423-440
68. Biddle SJH, Muriel N. *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions.* London: Routledge; 2001.
69. Carless D, Fox KR. The physical self. En: Everett T, Donaghy M, Feaver S (eds.). *Interventions for mental health.* London: Butterworth-Heinemann; 2003. p. 69-81
70. Carron AV, Hausenblas HA, Estabrooks PA. *Social Influence and Exercise Involvement.* Chichester. UK: Wiley; 1999.
71. Moruno P. Actividades creativas y artísticas En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde M.A. *Terapia Ocupacional en Salud Mental.* Barcelona: Masson, 2011; 457-472
72. Cropley AJ. Creativity and mental health in everyday life. En: Runco MA, Richards R, (eds). *Eminent creativity, everyday creativity and health.* 1ª. Ed. Thorofare: Slack; 2002
73. Atkinson K, Wells C. *Creative Therapies- A psychodynamic approach within occupational therapy.* 1ª. Ed. London: Amazon; 2000.
74. 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.
75. Randall GE, Wakefield PA, Richards DA. Fidelity to assertive community treatment program standards: a regional survey of adherence to standards. *Community Ment Health J.* 2012;48(2):138-49.
76. Aagaar J, Nielsen JA. Experience from the first ACT programme in Denmark. II. Severe mental illness. A register diagnosis. *Nord J Psychiatry.* 2004;58(2):171-4.
77. Allred CA, Burns BJ, Phillips SD. The assertive community treatment team as a complex dynamic system of care. *Adm Policy Ment Health.* 2005;32(3):211-20.
78. Appelbaum PS, Le Melle S. Techniques used by assertive community treatment

- (ACT) teams to encourage adherence: patient and staff perceptions. *Community Ment Health J.* 2008;44(6):459-64.
79. Bedell JR, Cohen NL, Sullivan A. Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Ment Health J.* 2000;36(2):179-94.
  80. Billings J, Johnson S, Bebbington P, Greaves A, Priebe S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions. Pan-London Assertive Outreach Study, part 2. *Br J Psychiatry.* 2003;183:139-47.
  81. Burns T. Case management or assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2008;17(2):99-105.
  82. Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(2):130-7.
  83. Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv.* 2001;52(5):631-6.
  84. Burns T, White I, Byford S, Fiander M, Creed F, Fahy T. Exposure to case management: relationships to patient characteristics and outcome. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry.* 2002;181:236-41.
  85. Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Morse GA, Lemming MR. Predictors of the working alliance in assertive community treatment. *Community Ment Health J.* 2006;42(2):161-75.
  86. Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Lemming MR. Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs. *Care Manag J.* 2004;5(4):199-202.
  87. Dekker J, Wijdenes W, Koning YA, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J.* 2002;38(5):425-34
  88. Drake RE, Deegan PE. Are assertive community treatment and recovery compatible? Commentary on "ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams". *Community Ment Health J.* 2008;44(1):75-7.
  89. Gomory T. A critique of the effectiveness of assertive community treatment. *Psychiatr Serv.* 2001;52(10):1394-5.
  90. Gomory T. The origins of coercion in Assertive Community Treatment: a review of early publications from the special treatment unit of Mendota State Hospital. *Ethical Hum Sci Serv.* 2002;4(1):3-16.
  91. Hackman AL, Stowell KR. Transitioning clients from assertive community treatment to traditional mental health services. *Community Ment Health J.* 2009;45(1):1-5.
  92. Johnson S. So what shall we do about assertive community treatment? *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2008;17(2):110-4.
  93. Kane CF, Blank MB. NPACT: enhancing programs of assertive community treatment for the seriously mentally ill. *Community Ment Health J.* 2004;40(6):549-59
  94. Latimer E. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci.* 2005;30(5):355-9.
  95. Leiphart LR, Barnes MG. The client experience of assertive community treatment: a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J.* 2005;28(4):395-7.
  96. Mancini AD, Moser LL, Whitley R, McHugo GJ, Bond GR, Finnerty MT, et al. Assertive community treatment: facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatr Serv.* 2009;60(2):189-95.
  97. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD001089.
  98. McCrone P, Johnson S, Thornicroft G. Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr Bull.* 2001;27(4):653-60.
  99. McCrone P, Killaspy H, Bebbington P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatr Serv.* 2009;60(7):908-13.
  100. Moser LL, Bond GR. Scope of agency control: assertive community

- treatment teams' supervision of consumers. *Psychiatr Serv.* 2009;60(7):922-8
101. Nieves EJ. The effectiveness of the assertive community treatment model. *Adm Policy Ment Health.* 2002;29(6):461-80.
  102. Nixon J, Phipps K, Glanville J, Mugford M, Drummond M. Using economic evidence to support decision making: a case study of assertive community treatment within the UK National Service Framework for Mental Health. *Appl Health Econ Health Policy.* 2002;1(4):179-90.
  103. Priebe S, Fakhoury W, Watts J, Bebbington P, Burns T, Johnson S, et al. Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes. Pan-London Assertive Outreach Study, part 3. *Br J Psychiatry.* 2003;183:148-54.
  104. Priebe S, Fakhoury W, White I, Watts J, Bebbington P, Billings J, et al. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry.* 2004;185:306-11.
  105. Rosen A, Mueser KT, Teesson M. Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev.* 2007;44(6):813-25.
  106. Rosen A, Teesson M. Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(6):731-46.
  107. Salyers MP, McGuire AB, Rollins AL, Bond GR, Mueser KT, Macy VR. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2010;46(4):319-29
  108. Stanhope V, Matejkowski J. Understanding the role of individual consumer-provider relationships within assertive community treatment. *Community Ment Health J.* 2010;46(4):309-18.
  109. Tyrer P, Balod A, Germanavicius A, McDonald A, Varadan M, Thomas J. Perceptions of assertive community treatment in the UK and Lithuania. *Int J Soc Psychiatry.* 2007;53(6):498-506
  110. Williamson T. Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams). *Curr Opin Psychiatry.* 2002;15(5):543-7.
  111. Wright C, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part 1. *Br J Psychiatry.* 2003;183:132-8.
  112. Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services--classification and sustainability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(10):789-96
  113. Young AS, Forquer SL, Tran A, Starzynski M, Shatkin J. Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness. *J Behav Health Serv Res.* 2000;27(3):321-33.
  114. 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.
  115. 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;332(7545):815-20.
  116. Killaspy H, Johnson S, Pierce B, Bebbington P, Pilling S, Nolan F, et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(7):532-40.
  117. Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, et al. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *Br J Psychiatry.* 2009;195(1):81-2.
  118. Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry.* 2010;71(10):1313-23.

119. Kidd SA, George L, O'Connell M, Sylvestre J, Kirkpatrick H, Browne G, et al. Fidelity and Recovery-Orientation in Assertive Community Treatment. *Community Mental Health Journal*. 2010;46(4):342-50.
120. Malla A. Re: Using global assessment of functioning to evaluate an assertive community treatment program. *Can J Psychiatry*. 2001;46(10):986-7.
121. 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. *SESCS*, 2007;(14)
122. Meyer PS, Morrissey JP. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatr Serv*. 2007;58(1):121-7.
123. Udechuku A, Olver J, Hallam K, Blyth F, Leslie M, Nasso M, et al. Assertive community treatment of the mentally ill: service model and effectiveness. *Australas Psychiatry*. 2005;13(2):129-34.
124. Harvey C, Killaspy H, Martino S, White S, Priebe S, Wright C, et al. A comparison of the implementation of Assertive Community Treatment in Melbourne, Australia and London, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(2):151-61.
125. Hansen JP, Østergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L. Cognitive adaptation training combined with assertive community treatment: a randomised longitudinal trial. *Schizophr Res*. 2012;135(1-3):105-11.
126. van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PA, Mulder CL. Consumer-Providers in Assertive Community Treatment Programs: Associations With Client Outcomes. *Psychiatr Serv*. 2012.
127. McGrew JH, Wilson RG, Bond GR. An exploratory study of what clients like least about assertive community treatment. *Psychiatr Serv*. 2002;53(6):761-3.
128. Kreindler SA, Coodin S. Housing histories of assertive community treatment clients: program impacts and factors associated with residential stability. *Can J Psychiatry*. 2010;55(3):150-6.
129. Stull LG, McGrew JH, Salyers MP. Processes underlying treatment success and failure in assertive community treatment. *J Ment Health*. 2012;21(1):49-56.
130. Cuddeback GS, Morrissey JP, Meyer PS. How many assertive community treatment teams do we need? *Psychiatr Serv*. 2006;57(12):1803-6.
131. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2ª Edición [Traducción] [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal de Internet]. 2010 [16/11/2012];[85p.] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational therapy Asociation (2008). *Occupational Therapy practice Framework: Domain and process*(2nd ed.).
132. Krupa T, Radloff-Gabriel D, Whippey E, Kirsh B. Reflections on.... Occupational therapy and assertive community treatment. *Can J Occup Ther*. 2002;69(3):153-7.
133. Santiago J.L, Blas L.V, Gomez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.2012; 17(1):1-10.
134. Sánchez Monge, J.M. Inversión necesaria, urgente y asequible en salud mental. *Propuestas de FEAFES". Revista Española de Discapacidad*.2014; 2 (1): 215-221.
135. Irurzun J.C, Martín L, Bastida M. Maastricht. Monitorización Acumulativa de las Necesidades y modelo holandés de Tratamiento Asertivo Comunitario. *Implicaciones para el programa GAZTE. Norte de salud mental*. 2011;9 (41): 31-37.
136. Lascorz Fierro D, Serrats Alabau E, Ruiz , Córdoba M.J, Vegué Grilló J. Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*.2014;34(123): 521-538.

137. Martínez Jambrina J.J. La hora del Tratamiento Asertivo Comunitario. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10 (1): 1-2

138. Torres González F. Trastornos psiquiátricos severos: criterios de calidad (con especial énfasis en el Tratamiento asertivo comunitario). Rev GPU. 2013; 9(1): 75-80