



Mesa-Velasco, R.; García-Navarro, B.; Nieto-Campos, A.; San Román-Mata, S. (2021). El tratamiento asertivo comunitario en pacientes de Salud Mental en España: Características y situación actual. *Journal of Sport and Health Research*. 13(3): 347-362.

Review

EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA: CARACTERÍSTICAS Y SITUACIÓN ACTUAL

COMMUNITY ASSERTIVE TREATMENT IN MENTAL HEALTH PATIENTS IN SPAIN: CHARACTERISTICS AND CURRENT SITUATION

Mesa-Velasco, R.¹; García-Navarro, B.²; Nieto-Campos, A.³; San Román-Mata, S.³

¹*Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla. Universidad de Granada*

²*Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva*

³*Departamento de Enfermería. Universidad de Granada*

Correspondence to:
García-Navarro, B.
 Email: beego.gn@gmail.com

*Edited by: D.A.A. Scientific Section
 Martos (Spain)*



Received: 07/08/2020
 Accepted: 14/11/2020



RESUMEN

Objetivos; El propósito de la presente revisión de la literatura es tratar de actualizar los contenidos más relevantes sobre la Terapia Asertiva Comunitaria en pacientes con trastornos mentales graves en España. Con ello se pretende conocer las características, beneficios y la disponibilidad de estos equipos en España. **Material y métodos;** Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en la plataforma Web Of Science, así como en diferentes páginas oficiales estatales, teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos y obteniendo un total de 29 artículos y documentos para dar respuesta a los objetivos planteados. **Resultados;** Los equipos de Terapia Asertiva Comunitaria son grupos de trabajo multidisciplinares con una media de 15 pacientes a su cargo. Estos presentan una serie de características para la inserción en estos programas. **Discusión;** Una vez esta iniciada la terapia se observa distintos puntos de vista en relación a unos beneficios que parecen estar claros, mientras que otros se ponen en duda, ya que se observan resultados contradictorios. En España, en 12 comunidades se incluye la Terapia Asertiva Comunitaria en su estrategia. **Conclusiones;** Se constata que la Terapia Asertiva Comunitaria aporta gran beneficio en cuanto a la disminución de reingresos de pacientes, no quedando tan claro en otros aspectos estudiados. En España se siguen insertando estos equipos paulatinamente, por lo que hoy día queda mucho que mejorar.

Palabras clave: Terapia Asertiva Comunitaria, Trastornos Mentales Graves, Salud Mental, Atención Comunitaria.

ABSTRACT

Objectives; The purpose of this review of the literature is to try to update the most relevant contents on Community Assertive Therapy in patients with severe mental disorders in Spain. This is intended to know the characteristics, benefits and availability of these teams in Spain. **Methods;** A bibliographic search has been carried out on the Web Of Science platform, as well as on different state official pages, taking into account the established inclusion criteria and obtaining a total of 29 articles and documents to respond to the stated objectives. **Results;** The Assertive Community Therapy teams are multidisciplinary working groups with an average of 15 patients in his charge. These present a series of characteristics for insertion in these programs. **Discussion;** Once the therapy is started, different points of view are observed in relation to some benefits that seem to be clear, while others are questioned, as contradictory results are observed. In Spain, 12 communities include Assertive Community Therapy in their strategy. **Conclusions;** It is verified that the Assertive Community Therapy contributes a great benefit in terms of reducing patient readmissions, not being so clear in other aspects studied. In Spain these teams continue to be inserted gradually, so today there is much to improve.

Keywords: Assertive Community Therapy, Severe Mental Disease, Mental Health, community care.



INTRODUCCIÓN

La Terapia Asertiva Comunitaria o Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) se presenta como una de las estrategias y tratamientos utilizados en pacientes de salud mental, así como tema de interés y estudio durante las últimas décadas (Burns y Santos, 1994; Latimer, 1999; Marshall y Lockwood, 1998; Stein y Test, 1980; Vanderlip et al., 2017; Vijverberg, Ferdinand, Beekman, y Van Meijel, 2017), cuya finalidad principal es evitar o disminuir la hospitalización de los mismos (Bond y Drake, 2015), ya que el número de ingresos hospitalarios se ven reducidos al aplicar la TAC según un número considerado de autores (Lee, C., Liem, S., Leung, J., Wong, K., Yuen, S., Lee, w., Lo, W., y Yip, N., 2015; Aagaard, Tuszewski y Kølbæk, 2017 Schöttle et al., 2019).

Sus inicios se constatan alrededor de los años 80 en Estados Unidos, debido a que los tratamientos utilizados hasta entonces, no lograban alcanzar una independencia de las personas que sufren enfermedades mentales graves, proponiendo el tratamiento comunitario como una alternativa a la hospitalización psiquiátrica (Stein y Test, 1980). A partir de la fecha y durante los siguientes veinte años, se sustenta la idea de tratar de forma holística a dichos pacientes (De la Cal, 2015).

En esta línea, Burns y Santos (1994), considerados como autores pioneros en esta temática, señalaron en sus resultados, que gran parte de sus pacientes ingleses volvían a desarrollar su actividad laboral, a la vez que aumentaba el grado de satisfacción manifestado por ellos y sus familias, lo que consecuentemente repercutía favorablemente. Asimismo, Marshall y Lockwood (1998), exponían que aquellos pacientes que recibían TAC, presentaban un menor número de ingresos hospitalarios que pacientes de otro tipo de terapias.

De la misma manera, los estudios llevados a cabo por Falloon et al. (2004), que incorporaron muestra de estudio procedente de más de veinte países, demuestran la importancia de combinar el tratamiento farmacológico con la psicoeducación y terapia asertiva, tanto con el paciente como con la familia. De forma que el éxito a la adhesión al tratamiento, se ve influido de forma positiva al aplicar esta terapia,

obteniendo una mejoría notable (Vijverberg, Ferdinand y van Meijel, 2017) en estos pacientes.

Igualmente y a lo largo de los últimos años, se han desarrollado estudios que avalan el beneficio de la Terapia Asertiva Comunitaria, en la población anciana con trastornos mentales graves (Stobbe et al., 2014). Incluso los resultados obtenidos al aplicar esta terapia a población con problemas de adicción al alcohol, muestran grandes posibilidades de mejoría (Drummond et al., 2017).

Por otro lado, en países como Noruega o Suecia, se está gestionando un nuevo tipo de TAC: Tratamiento Asertivo Comunitario Flexible. Este tratamiento pretende llegar a todos los rincones, especialmente a poblaciones rurales, donde la TAC común es más difícil de encontrar, actuando a modo individual y a nivel colectivo. Actualmente se está expandiendo lentamente a más países, debido a su efectividad (Svensson, Hansson, Markström y Lexén, 2017). A día de hoy Noruega cuenta con 150 equipos de este tipo (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet y Veldhuizen, 2016) y en Suecia, se han implementado con mucha rapidez, junto con otro tipo de equipos de ayuda comunitaria.

En España, es el equipo del área sanitaria de Avilés, localizado en Asturias, uno de los pioneros en aplicar la TAC en 1999. Por aquella fecha, se observaba la existencia de un déficit de cuidados continuados generalizados, lo que conllevaba un alto número de abandonos del tratamiento y de las altas esperadas (Jambrina y Peñuelas, 2007), por lo que se comenzó a tratar a pacientes de forma extrahospitalaria en sus propios domicilios. Así pues, el trabajo realizado por dichos profesionales, fue reconocido y nombrado como ejemplo de buenas prácticas en 2006 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Teniendo en cuenta que más de un 10% de la población española ha sido diagnosticada de una enfermedad mental (Encuesta Nacional de Salud ENSE, 2017), siendo más común en féminas que en varones y más en niños que en niñas y que casi tres de cada diez personas con 65 o más años sufre deterioro cognitivo, es de vital importancia la intervención en beneficio del paciente, proponiendo de esta forma la TAC como una de las estrategias de éxito contrastado.



Es por ello, que se plantea un trabajo de revisión de la literatura cuyo objetivo general es ampliar información de la TAC en España para poder mejorar la praxis de enfermería con pacientes de salud mental y psiquiatría. De este objetivo general se desglosan los siguientes objetivos específicos:

- Describir las características básicas de la terapia asertiva comunitaria.
- Indagar en los beneficios de la terapia asertiva comunitaria sobre población con afectación grave de salud mental.
- Conocer la disponibilidad de equipos de terapia asertiva comunitaria en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en diferentes bases de datos, entre las que se encuentran Web of Science y Scopus, además de búsqueda de informes realizados por instituciones de diversas comunidades autónomas españolas, páginas oficiales de instituciones nacionales e internacionales.

En primer lugar, se comenzó la búsqueda en la Web of Science, con las siguientes ecuaciones de búsqueda: "Tratamiento Asertivo Comunitario" y "Terapia Asertiva Comunitaria", que no obtuvieron ningún resultado en esta base de datos, en castellano. Sin embargo, estos términos en inglés proporcionaron un alto número de artículos, "Assertive Community Treatment" con 1565 publicaciones y "Assertive Community Therapy", con 189 artículos, antes de filtrar los resultados. Simultáneamente se incluyeron Descriptores en Ciencias de la Salud en los idiomas español e inglés: "Trastorno Mental Grave/Severe Mental Disease", "Salud Mental/Mental Health", "Atención Comunitaria/Community Care", de forma general para realizar una primera búsqueda en esta base de datos.

Por un lado, se incluyeron artículos en los idiomas español e inglés, con un margen de cinco años de antigüedad (2015) en su publicación a excepción de algún estudio de gran relevancia contextual. Además se acotó la búsqueda a ensayos clínicos, estudios comparativos y revisiones bibliográficas. Por último, otro motivo de inclusión fue que los estudios hubiesen sido realizados en adultos.

En cuanto a criterios de exclusión, se descartaron artículos de opinión o proyectos de investigación, ya que no tenían relación con el tema del trabajo presente y se eliminaron aquellos que no tenían acceso completo al documento.

Los diferentes artículos seleccionados para este manuscrito son estudios descriptivos, ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas, estudios de caso-control y estudios cualitativos

A continuación, se muestra el desglose de los resultados hallados en Web of Science, con los diferentes términos de búsqueda, donde se puede observar como en los años 2017-2018 se evidencia un ligero aumento de los artículos y publicaciones científicas con estas ecuaciones de búsqueda y un descenso considerable en los años 2019-2020 (Tablas 1, 2, 3 y 4).

Tabla 1. Desglose de los resultados de "Tratamiento Asertivo Comunitario" y "Assertive Community Treatment".

Rango (años) de búsqueda	Total	"Tratamiento Asertivo Comunitario"	"Assertive Community Treatment"
Total	168	Artículos no encontrados	168
2015-2016	60	Artículos no encontrados	60
2017-2018	69	Artículos no encontrados	69
2019-2020	39	Artículos no encontrados	39

Tabla 2. Desglose de los resultados de "Terapia Asertiva Comunitaria" y "Assertive Community Therapy".

Rango (años) de búsqueda	Total	"Terapia Asertiva Comunitaria"	"Assertive Community Treatment"
Total	19	Artículos no encontrados	19
2015-2016	7	Artículos no encontrados	7
2017-2018	5	Artículos no encontrados	5
2019-2020	7	Artículos no encontrados	7



Tabla 3. Desglose de los resultados de "Salud Mental" y "Mental Health" en Web of Science.

Rango (años) de búsqueda	Total	"Salud Mental"	"Mental Health"
Total	40685	34	40651
2015-2016	12914	9	12905
2017-2018	16654	17	16637
2019-2020	11117	8	11109

Tabla 4. Desglose de los resultados de "Trastorno Mental Grave" y "Severe Mental Illness" en Web of Science.

Rango (años) de búsqueda	Total	"Trastorno Mental Grave"	"Severe Mental Illness"
Total	1613	15	1598
2015-2016	539	6	533
2017-2018	665	8	657
2019-2020	409	1	408

El producto de las búsquedas refleja la existencia de un gran desequilibrio en cuanto a la información obtenida entre ambos idiomas.

Finalmente del total de 627 documentos hallados en las diferentes bases de datos y páginas web, se descartaron 598, puesto que no estaban relacionados directamente con lo dispuesto en este trabajo o no cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos suman un total de 29 documentos, 11 artículos científicos, 17 planes de estrategia de Salud Mental, tanto del Ministerio de Sanidad español como de diferentes comunidades autónomas del país, y una tesis doctoral (Figura 1).

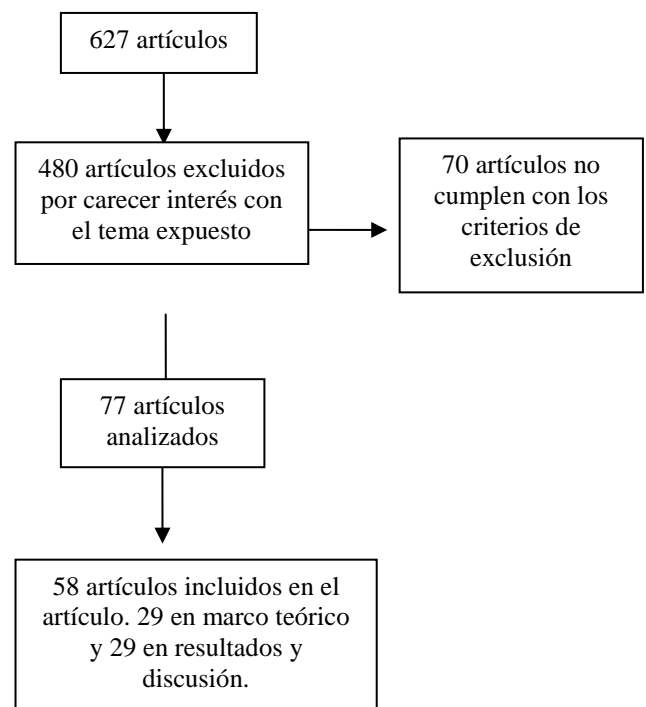


Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos incluidos y excluidos. (Fuente: Elaboración propia).

Describir las características básicas de la Terapia Asertiva Comunitaria

Esta alternativa basada en la desinstitutionalización de los pacientes, presenta los siguientes objetivos característicos en sus programas:

- Prestar la atención sociosanitaria en el propio entorno del paciente (en su casa, con vecinos, amistades, familia, etc.).
- Desarrollar una continuidad de cuidados, accesible e individualizada según las características de cada paciente.
- Instaurar equipos multidisciplinares que trabajen desde distintos sectores, así como crear una red pública de sanidad.
- Fomentar la promoción de la salud (Jurado, Jara y López, 2017).

Los programas TAC con respecto a otro tipo de terapias o planes de actuación, promueven un cambio de actitud de los profesionales con los pacientes, de manera que el profesional ejerce un papel activo en la



búsqueda de cualquier necesidad alterada del paciente o problemas que puedan surgir en su entorno, para poder solucionarlo. A la vez que el paciente presenta un rol activo involucrado en el proceso, es por ello que la atención prestada debe ser integral, individualizada, centrada en el paciente y flexible.

En este sentido, las respuestas al tratamiento deben observarse dentro de su entorno natural, comprobando si el paciente tiene la capacidad de actuar con sus propios recursos, tomando como referencia el empoderamiento del mismo en su correcta recuperación, así como el apoyo familiar, la capacidad de afrontamiento, integración social, entre otros factores (Servicio Andaluz de Salud, 2010)

Para poder ser incluido en un programa de TAC, ya que no son accesibles a cualquier paciente que cuente con un trastorno mental grave, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Personas con trastornos mentales graves, con alteración en su vida social o en comunidad de alguna forma.
- Personas con afecciones dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, con alteraciones en necesidades de autorrealización o seguridad.
- Individuos con una gran necesidad de utilizar servicios asistenciales, como por ejemplo, más de dos hospitalizaciones anuales, vivir en casas o pisos supervisados, personas con un gran número de visitas a urgencias.
- Aquellos que presentan su calidad de vida disminuida.
- Poca adherencia a tratamientos o planes de actuación.
- Si la persona presenta uno o varios puntos de los antes mencionados, hay que descartar que tengan necesidades especiales, trastornos de la personalidad u orgánicos y sea menor de 16 años.

Estas características coinciden con las aportadas por Jurado, Jara y López (2017) añadiendo un rango de edad entre 18 y 65 años, siendo así algo más específico que el Servicio Andaluz de Salud (2010).

Por otro lado, el equipo multidisciplinar que lo compone, debe disponer de los medios y profesionales necesarios para proporcionar al paciente una atención farmacéutica, psicológica, de rehabilitación y de servicios de soporte según sean sus necesidades. Según el Modelo Avilés (Martínez, 2017), el equipo base lo componen:

- Dos psiquiatras compartiendo responsabilidad de supervisión de la situación clínica y de seguimiento del tratamiento del paciente. Sus funciones más relevantes son: asesoramiento, tratamiento con medicación, docencia del personal en cuanto a la actualidad, coordinación con el equipo de enfermería.
- Cuatro profesionales de enfermería con funciones asistenciales y propias de la profesión, así como de educación y prevención.
- Un auxiliar sanitario con especialidad en psiquiatría.
- Dos auxiliares de enfermería.
- Dos trabajadores sociales.

Aunque en otros lugares esta composición es diferente y se pueden encontrar profesionales como logopedas, terapeutas ocupacionales, expertos en abuso de sustancias, entre otros.

Cabe señalar que cada paciente tiene asignado un tutor/a, que lleva a cabo el seguimiento del tratamiento. Martínez (2017) expone la importancia de un ratio máximo de 15 pacientes por cada tutor/a, mientras que Jurado, Jara y López (2017) indican un máximo de 10. Todos ellos coinciden en la idea de no tener un número elevado de pacientes, para ser lo más efectivo posible, así como en la importancia de conocer la historia y actualidad clínica de sus tutorizados.

Otra de las características más representativas de la TAC, es su continuidad de cuidados, exponiendo siete ámbitos de actuación (Servicio Andaluz de Salud, 2015):

- Accesibilidad: El paciente debe poder acceder al tratamiento siempre que lo necesite, sin encontrar obstáculos.



- Continuidad relacional: Al contar con un bajo número de profesionales, hace que el paciente pueda tener más confianza en ellos, lo cual ayuda a una mejor adhesión al tratamiento.
- Continuidad experiencial: El plan de cuidados debe ser revisable e individual.
- Continuidad temporal: El tratamiento se hará de manera longitudinal.
- Flexibilidad: Variará según las necesidades del paciente.
- Coordinación entre los profesionales: Para que el tratamiento tenga sentido, debe trabajarse en equipo donde todos/as tengan un conocimiento íntegro de todo aquello que engloba al paciente, como tratamientos nuevos, evolución, entre otros.
- Continuidad contextual: El tratamiento debe ser puesto en el contexto del paciente en el momento, para que sea mayor la adherencia y la capacidad de mejora

Sobre las características mencionadas por el Servicio Andaluz de Salud (2015) y Martínez (2017), coinciden las expresadas por Bond y Drake (2015) corroborando así las bases de las características sobre las que se sustenta la TAC.

En general, hay un gran acuerdo entre los distintos autores sobre las bases teóricas de cómo debe hacerse un equipo TAC, lo que hace que a la hora de realizar el tratamiento, no haya diferencias significativas entre los distintos grupos especializados.

Beneficios de la Terapia Asertiva Comunitaria sobre población con afectación grave de salud mental.

El mayor beneficio que supone la TAC, se refiere a la disminución de días que los pacientes pasan ingresados, hecho contrastado por diversos autores (Aagaard, Tuszewski y Kølbaek, 2017; Lee et al., 2015; Schöttle et al., 2019). Sin embargo, Clausen et al. (2016), indica en su estudio que el número de ingresos fue el mismo antes y después de ingresar en el programa de TAC.

Asimismo, se resalta la disminución de los síntomas en las agudizaciones de los trastornos, a pesar de las

contradicciones encontradas en otros estudios sobre este tema (Aubry et al., 2016; Kim et al., 2015).

Otro de los beneficios que añade Aubry et al. (2016) además de lo referido con anterioridad sobre el aumento de la calidad de vida, es la velocidad con la que un grupo de gente sin hogar vuelve a integrarse en sociedad, cuando a un programa de reinserción social se le añade programas de TAC, al compararlo con otras terapias usadas previamente.

Además, se resalta la existencia de una mayor adherencia de estos pacientes a los programas y equipos de TAC, mostrando mejores resultados de los pacientes estudiados en escalas de autorrealización (Specific Level of Functioning Scale) e independencia y de gravedad de los síntomas (Brief Psychiatric Rating Scale) (Lee et al., 2015). En este sentido, Stuen, Rugkåsa, Landheim y Wynn (2015), exponen una visión muy positiva de la TAC desde la propia percepción del paciente que está siendo tratado.

Igualmente, Ye et al. (2016), manifiesta la presencia de discriminación sufrida que estos pacientes y cómo se transforma una vez que entran en un programa TAC. De esta manera, Stuen et al. (2015), afirman una disminución en la discriminación negativa y la estigmatización y un aumento en la discriminación positiva, prestando una mayor atención sanitaria o mayor cuidado innecesario por el hecho de padecer una enfermedad mental grave (Ye et al., 2016).

Del mismo modo, Wiemand, Israel y Ewertzon (2018) constatan un menor nivel de estrés y de responsabilidad en los familiares, gracias al seguimiento y la continuidad de cuidados que caracterizan esta terapia. También se indica la mejoría en la confianza y seguridad que el equipo de TAC proporciona, así como la cooperación.

En referencia a la localización geográfica de los estudios realizados acerca de la TAC, se han encontrado un mayor número en países nórdicos europeos, como Noruega o Suecia, así como de origen asiático (Aagaard, Tuszewski y Kølbaek, 2017; Clausen et al., 2016; Kim et al., 2015; Lee et al., 2015; Schöttle et al., 2019; Stuen et al., 2015; Weimand, Israel y Ewertzmon, 2018), en comparación con los encontrados en países del sur europeo o en otras regiones del mundo (Aubry et al., 2016; Ye et al., 2016).



Disponibilidad de equipos de Terapia Asertiva Comunitaria en España.

Dentro de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud, se incorpora la realización en todas las comunidades autónomas de planes de ayuda comunitaria, incluyendo el TAC (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014). Así pues, se ha contemplado una evolución en la continuidad de cuidados, de forma que en 2008 un 71% de la población afirmó que no se cumplía la continuidad de cuidados, mientras que en 2014 el porcentaje descendió al 31% (Gómez-Beneyto et al., 2018).

A continuación, se exponen, por comunidades autónomas, las diferentes estrategias encontradas para la implantación de los equipos comunitarios de TAC:

- Andalucía. El Servicio Andaluz de Salud (2010), llevó a cabo la implantación del Plan de Tratamiento Asertivo Comunitario. En el Plan Integral de Salud Mental de esta comunidad para 2016-2020, se incluyen de manera prioritaria y como puntos de mejora los programas de tratamiento asertivo, junto con los programas de enlace o la atención a la infancia y la adolescencia. Promoviendo la implementación de la TAC en todas las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía para la población con Trastornos Mentales Graves.

Como requisitos para su admisión, se dará prioridad a los pacientes con mayor gravedad en su proceso y con un historial de poca adherencia a programas anteriores. Este plan pretende incrementar la accesibilidad de las personas a TAC con el fin de tener una mayor población controlada y mejores resultados, asegurando la atención integral a las personas con Trastornos Mentales Graves (Consejería de Salud, 2016).

- Aragón. El Plan de Salud Mental de Aragón de 2017-2021, también incluye el TAC en su línea estratégica dedicada a garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos mentales (Servicio aragonés de Salud, 2017).

- Principado de Asturias. Se constata como una de las comunidades autónomas donde la TAC se ha incluido en sus programas de intervención desde sus comienzos. Hace cinco años, se lleva a cabo un plan de salud mental y se crea un Programa de Trastorno

Mental Severo, con el propósito de garantizar una continuidad de cuidados de calidad y equidad. Para ello se cuenta con los equipos de TAC, además de otros equipos de atención comunitarios (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2015).

- Canarias. Al día de hoy, el Plan de Salud Mental para 2019-2023, indica la existencia de equipos de TAC en Tenerife (Equipo Comunitario Asertivo) y Gran Canaria (Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario) para trabajar la inserción y adherencia de los pacientes que padezcan Trastornos Mentales Graves. Uno de sus objetivos es la priorización y mejora de la atención domiciliaria y hogares alternativos mediante los equipos de TAC, así como el aumento de la actividad asertiva comunitaria en todas las regiones, la coordinación entre ellas y los demás equipos de salud mental (Servicio Canario de Salud, 2019).

- Cantabria. Propone en su Plan de Salud Mental para 2015-2019, promover la mejor calidad asistencial de los pacientes con Trastornos Mentales Graves, para ello, se incluirán equipos de TAC en todas las áreas de salud. Los resultados esperados exponen un avance en la equidad y continuidad de cuidados a los pacientes, pretendiendo disminuir el número de abandonos de tratamiento (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015).

- Castilla- La Mancha. Se apuesta por la ayuda comunitaria, plasmada en su Plan de Salud Mental para 2017-2025, creando redes de ayuda en todo el territorio de la. Sin embargo, en ningún momento se menciona a la TAC en este plan (Servicio Regional de Salud, 2017).

- Comunidad Valenciana. En 2016 se inicia la estrategia autonómica de salud mental hasta el año 2020 para actualizar y completar el trabajo asistencial con equipos de tratamiento asertivo comunitario. Para ello, se pretende transformar las unidades de hospitalización domiciliaria en unidades de tratamiento asertivo. También se aspira a incluir un equipo asertivo en cada área sanitaria de esta comunidad (Generalitat Valenciana, 2016).

- Extremadura. Ya en 2016 se lanza un tercer Plan Integral de Salud Mental. Creando dispositivos sanitarios y sociales para la ayuda a los pacientes con enfermedad mental grave. Entre estos equipos, se



integrarán los referidos al TAC, aumentando su número en la provincia (Junta de Extremadura, 2017)

- Islas Baleares. En su Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 se incluye la creación de equipos de TAC, con el fin de cubrir aquellas necesidades y reducir el número de pacientes hospitalizados y la duración de los posibles ingresos (Servei Salut Illes Balears, 2016). Además se persigue la idea de promover una continua formación de los profesionales de estos equipos, con el fin de mejorar la calidad asistencial (Servei Salut Illes Balears, 2016).

- La Rioja. Su tercer Plan Estratégico de Salud Mental para 2016-2020, introduce, como red de asistencia a las personas con Trastorno Mental Grave y Persistente, un programa de TAC cuyos principios básicos para su abordaje deben ser la normalización, integración y respeto a la persona (Servicio Riojano de Salud, 2016).

- Madrid. Uno de sus propósitos del Plan Estratégico del 2018, se basa en mejorar la calidad asistencial, así como optimizar la calidad de la detección y diagnóstico de las personas con Trastorno Mental Grave, mediante acciones que impulsen el TAC, y promuevan la creación de nuevos equipos para poder afianzar más este tipo de tratamiento en la comunidad (Servicio Madrileño de Salud, 2018).

- Murcia. Esta comunidad desarrolla el Programa de Acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la CARM para los años 2019-2022, indicando la insuficiente cantidad de equipos de TAC o simplemente la no existencia de los mismos en algunas localidades, proponiendo la creación de un mayor número de estos equipos para las diferentes áreas sanitarias. Por tanto, se planificará un mayor presupuesto para este objetivo (Gerencia Regional de Salud Mental, 2019).

- Navarra. Su tercer Plan de Salud Mental de 2019 a 2023, continúa potenciando la incorporación de nuevos programas de TAC con un mayor presupuesto para su creación (Servicio Navarro de Salud, 2019).

- Galicia. No se aprecia actualización en este sentido ya que su último plan de Salud Mental fue en 2006 (Xunta de Galicia, 2006) y a día de la realización del estudio, no existe un plan actualizado.

- País Vasco. De igual forma, su plan estratégico de Salud Mental más reciente data del año 2010 (Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, 2010).

- En esta línea, hay ciertas comunidades que se quedan en el tintero, ya que no se ha encontrado su Plan para la Salud Mental, tales como Cataluña, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de revisión de la literatura que pretende ampliar información de la TAC en España, se observan bastantes coincidencias en relación a las características que expone el Servicio Andaluz de Salud (2010) y Jurado et al. (2017) sobre la misma. La única diferencia que aportan estos autores con respecto a las ideas que muestran el Servicio Andaluz de Salud (2015), se refieren al rango de edad establecido, que lo sitúan entre 18 y 65 años. Además, añaden que como mucho, cada profesional debe atender un máximo de 10 personas, sin embargo, Martínez (2017), la cifra que propone es de 15 pacientes.

En cuanto al número de ingresos hospitalarios, multitud de autores coinciden en afirmar que se ven reducidos al aplicar la TAC (Aagaard, Tuszewski y Kølbaek, 2017; Lee et al., 2015; Schöttle et al., 2019), en contraposición a ello, Clausen et al. (2016), indica que el número de ingresos es el mismo antes y después de ingresar en el programa de TAC, una media de tres ingresos. Hecho que podría verse influido por las distintas poblaciones sobre las que se implementa la TAC, así como por la forma de actuar, ya que aunque la base de actuación es la misma, en según qué países varía en personal y manera de intervención.

Parece haber consenso también en resaltar el aumento de la calidad de vida, no siendo así en cuanto a la desaparición de estos síntomas, ya que hay contradicciones y discordancias que podría deberse a las variadas formas de evaluar dicha sintomatología en diferentes poblaciones (Aubry et al., 2016; Kim et al., 2015).

Igualmente, cabe destacar la necesidad de cubrir de forma más amplia el cuidado en los programas TAC, y que aunque son muy efectivos y suponen una gran mejoría para los pacientes, aún quedan áreas por mejorar (Stuen et al., 2015; Ye et al., 2016).



Por otro lado, tanto el paciente como las familias, presentan una visión positiva hacia el equipo de TAC, tal y como sugieren Stuen et al. (2015), a pesar de encontrar personas entrevistadas, que indican la falta de libertad que padecen al tener que implementar un tratamiento médico como parte de su rutina diaria.

Por último y una vez revisados los planes estratégicos de las distintas comunidades autónomas, a pesar de la heterogeneidad en cuanto a planes de actuación, todos parecen tener un patrón común de mejora de estos equipos, lo que implica que, aunque la TAC existe desde hace décadas, en España dichos equipos se siguen incluyendo progresivamente en las instituciones actualmente.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes del presente estudio, son las siguientes:

- Se constata que la TAC se basa en hacer partícipe al paciente en su propio tratamiento y recuperación, mediante equipos multidisciplinares que estarán disponibles el mayor tiempo posible con un ratio entre 10-15 pacientes.
- Se observa que dichos programas no son accesibles a toda la población, sino que están destinados a la población con Trastornos mentales Graves, con un elevado número de abandono de programas y sin control clínico.
- Se muestran las bases de la TAC centradas en la continuidad de cuidados, con el fin de hacer que el paciente tenga una alta adherencia al programa.
- Se ha demostrado que la TAC reduce, en algunos estudios, hasta un 50% de ingresos hospitalarios. Además, también se indica que los ingresos tienen una duración más escasa.
- En España se evidencia la instauración lenta y progresiva de los equipos de TAC, una evolución de forma heterogénea en los distintos planes estratégicos, donde hay comunidades autónomas donde están mejor implantados que en otras, aunque el propósito es conseguir paulatinamente una mejora cada vez mayor.

Limitaciones del estudio y perspectivas de futuro

Como limitación para la realización de esta revisión bibliográfica, referente a la búsqueda de los distintos

planes estratégicos de las comunidades autónomas, hay que señalar la falta de claridad en las páginas oficiales de algunas de ellas, dificultando el proceso.

En cuanto a las perspectivas de futuro, se considera necesaria la realización de un mayor número de estudios en población española, con el fin de conocer con exactitud las características y los beneficios de los usuarios tras la TAC, enfocando nuevas investigaciones en familiares de pacientes, profesionales, así como otras características relacionadas con la calidad de vida de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aagard, J., Tuszewski, B., y Kølbaek, P. (2017). Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 641-646. doi: 10.1016/j.apnu.2017.07.008
2. Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D., y Tsemberis, S. (2016). A Multiple-City of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 67(3), 275-281. doi: 10.1176/appi.ps.201400587
3. Bond, G., y Drake, R. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240-242. doi: [10.1002/wps.20234](https://doi.org/10.1002/wps.20234)
4. Burns, B., y Santos, A. (1994). Assertive Community Treatment: An Update of randomized Trials. *Psychiatric Services*, 46(7), 669-675. doi: [10.1176/ps.46.7.669](https://doi.org/10.1176/ps.46.7.669)
5. Clausen, H., Landheim, A., Odden, S., Šaltytė, J., Sverdrvik, K., Kilen, H., Killaspy, H., y Ruud, T. (2016). Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. *Int Ment Health Syst*, 10(14), 1-10. doi: [10.1186/s13033-016-0052-z](https://doi.org/10.1186/s13033-016-0052-z)



6. Consejería de Sanidad, Servicio Regional de Salud (2017). Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2017-2025. Recuperado de: <https://sanidad.castillalamancha.es/>
7. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, Servicio Canario de Salud. (2019). Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Recuperado de: <https://www.gobiernodecanarias.org/>
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2015). Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Recuperado de: www.saludcantabria.es
9. Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. (2010). EAEko osasun mentaleko estrategia dokumentua [estrategia en salud mental de la CAPV]. Recuperado de: <https://www.consalmudmental.org/>
10. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Recuperado de: www.madrid.org
11. De la Cal, A. (2015) Tratamiento Asertivo Comunitario y Terapia Ocupacional. *TOG(A Coruña)*, 12(21), 1-29. Recuperado de: www.revistatog.com
12. Drummond, C., Gilbert, H., Burns, T., Copello, A., Crawford, M., Day, E., Deluca, P., Godfrey, C., Rose, A., Sinclair, J., y Coulton, S. (2017). Assertive Community Treatment for people with alcohol dependence: A pilot randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 52(2), 234-241. doi: [10.1093/alcalc/awg091](https://doi.org/10.1093/alcalc/awg091)
13. Falloon, I., Montero, I., Sungur, M., Mastroeni, A., Malm, U., Economou, M., ... OTP Collaborative Group. (2004). Implementation of evidence-bases treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, 3(2), 104-109.
14. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Estratègia Autònoma de Salut Mental 2016-2020. Recuperado de: www.gva.es
15. Gerencia Regional de Salud Mental. Consejería de Salud. (2019). Programa de Acción para el impulso y mejora de la Salud Mental de la CARM 2019-2022. Recuperado de: www.carm.es
16. Goldman, H., Gattozi, A., y Taube, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*. 32(1), 21-27. doi: [10.1176/ps.32.1.21](https://doi.org/10.1176/ps.32.1.21)
17. Gómez-Beneyto, M., Rodríguez, F., Caamaño, V., Cifre, A., Del Río, F., Estévez, J., ... y Villegas, F. (2018). Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38 (133), 19-43. doi: 10.4321/s0211-57352018000100002
18. Jambrina, J. y Peñuelas, E. (2007). Tratamiento Asertivo Comunitario: El método Avilés. *Archivos de Psiquiatría*, 70(2), 77-82.
19. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. (2016). III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Recuperado de: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es>
20. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. (2017). III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Recuperado de: <https://saludextremadura.ses.es/>
21. Jurado, S., Jara, J., y López, E. (2017). Tratamiento Asertivo Comunitario en personas con Trastorno Mental Grave. *Rev Enferm Salud Ment*, 8, 25-33. doi: [10.1177/070674379904400504](https://doi.org/10.1177/070674379904400504)
22. Kim, T., Jeong, J., Kim, Y., Kim, Y., Seo, H., y Hong, S. (2015). Fifteen-month follow up of an assertive community treatment program for chronic patients with mental illness. *BMC*



- Health Services Research*, 15(388), 2-8. doi: [10.1186/s12913-015-1058-y](https://doi.org/10.1186/s12913-015-1058-y)
23. Latimer, E. (1999). Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*, 44(5), 443-454. doi: [10.1177/070674379904400504](https://doi.org/10.1177/070674379904400504)
 24. Lee, C., Liem, S., Leung, J., Wong, K., Yuen, S., Lee, w., Lo, W., y Yip, N. (2015). Assertive community treatment for psychiatric patients with frequent hospitalisation. *Hong Kong Med J*, 21(2), 37-40. doi: [10.1176/appi.ps.201200421](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200421).
 25. Marshall, L. y Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (review). *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 2, 1-59. doi: [10.1002/14651858.CD001089](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001089)
 26. Martínez, J. (2017). *El modelo Avilés para la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario en España*. (Tesis doctoral). Avilés, Asturias.
 27. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud Mental ENSE. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/>
 28. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/>
 29. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2014). Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/>
 30. Nugter, M., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., y Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Ment Health J*, 52, 898-907. doi: [10.1007/s10597-015-9831-2](https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2)
 31. Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., Wiedemann, K., Luedecke, D., Rohenkohl, A., Huber, C., Bock, T., y Lambert, M. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients with severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(736), 1-11. doi: [10.3389/fpsy.2019.00736](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00736)
 32. Servei Salut Illes Balears. (2016). Pla Estratègic de Salut Mental de les Illes Balears 2016-2022. Recuperado de: www.caib.es
 33. Servicio Andaluz de Salud. (2010). Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Recuperado de: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es>
 34. Servicio Aragonés de Salud. (2017). Plan de Salud Mental 2017-2021. Recuperado de: <https://www.aragon.es/>
 35. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2015). Plan de Salud mental del Principado de Asturias 2015-2020. Recuperado de: www.astursalud.es
 36. Servicio Navarro de Salud (2019). Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023. Recuperado de: <https://www.navarra.es/>
 37. Servicio Riojano de Salud. (2016). III Plan Estratégico de Salud Mental. Recuperado de: www.larioja.org
 38. Stein, L., y Test, M. (1980) Alternative to Mental Hospital Treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 37, 392-397. doi: [10.1001/archpsyc.1980.01780170034003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003)
 39. Stuen, H., Rugkasa, J., Landheim, A., y Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*,



- 15(409), 1-13. doi: 10.1186/s12913-015-1083-x
40. Svensson, B., Hansson, L., Markström, U., y Lexén, A.(2017). What matters when implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish healthcare context: A two-year implementation study. *International Journal of Mental Health*, 46(4), 1-15. doi: [10.1080/00207411.2017.1345041](https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345041)
 41. Vanderlip, E., Henwood, B., Hrouda, D., Meyer, P., Monroe-DeVita, M., Studer, L., Schweikhard, A., Moser, L. (2017). Systematic Literature Review of General Health Care Interventions Within Programs of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 68(3), 218-224. doi: [10.1176/appi.ps.201600100](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600100)
 42. Vijverberg, R., Ferdinand, R., Beekman, A., y van Meijel, B. (2017). The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*, 17(284), 1-18. doi: 10.1186/s12888-017-1446-4
 43. Weimand, B., Israel, P., y Ewertzmon, M. (2018). Families in Assertive Community Treatment (ACT) Teams in Norway: A Cross-Sectional Study on Relatives' Experiences of Involvement and Alienation. *Community Ment Health J*, 58, 686-697. doi: 10.1007/s10597-017-0207-7
 44. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. (2006). Plan estratéxico de Saúde Mental Galicia 2006-2011. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/>
 45. Ye, J., Chen, T., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., y O'Reilly, C. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(6), 532-541. doi: 10.1177/0020764016651459



ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla resultados sobre beneficios de TAC. Elaboración propia.

Bibliografía	Tipo de estudio	Objetivo	Principales resultados
Aagard, J., Tuszewski, B., y Kølbaek, P. (2017). Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 31. 641-646.	Estudio observacional	Estudiar si los equipos de TAC están capacitados para reducir el número de hospitalizaciones compulsivas de pacientes con Trastorno Mental Grave.	Los equipos de TAC disminuyen considerablemente las hospitalizaciones, tanto voluntarias como involuntarias, así como el uso de las habitaciones de emergencia psiquiátrica (PER).
Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D., y Tsemberis, S. (2016). A Multiple-City of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians with Serious Mental Illness. <i>Psychiatric Services</i> , 67(3), 275-281.	Ensayo clínico aleatorio controlado	Comprobar la mejoría de personas sin techo en un programa basado en la TAC.	Tras dos años de estudio, se observa una mejora en la calidad de vida y estado de salud de las 450 personas involucradas en el mismo. También se indica una mejoría a nivel de habilidades sociales y del comportamiento en comunidad.
Clausen, H., Landheim, A., Odden, S., Šaltytė, J., Sverdrvik, K., Kilen, H., Killaspy, H., y Ruud, T. (2016). Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. <i>Int Ment Health Syst</i> , 10(14), 1-10.	Estudio observacional.	Investigar el número de hospitalizaciones durante dos años anteriores y después de entrar a un programa de TAC.	El número de ingresos no varió en los dos años de duración en los que se llevó a cabo el estudio, pero sin embargo, sí se redujeron a la mitad el número de días de ingresos en los dos años de TAC.



<p>Kim, T., Jeong, J., Kim, Y., Kim, Y., Seo, H., y Hong, S. (2015). Fifteen-month follow up of an assertive community treatment program for chronic patients with mental illness. <i>BMC Health Services Research</i>, 15(388), 2-8.</p>	<p>Estudio caso-control</p>	<p>Evaluar el efecto de la TAC en los síntomas psiquiátricos, satisfacción y habilidades sociales en pacientes con enfermedades mentales.</p>	<p>Tras los 15 meses que dura el estudio, se demuestra una disminución en la gravedad de los síntomas de aquellos pacientes del grupo de TAC, pero no se disminuyó el número de estos síntomas. Tampoco fue relevante el cambio en la satisfacción y en habilidades sociales.</p>
<p>Lee, C., Liem, S., Leung, J., Wong, K., Yuen, S., Lee, w., Lo, W., y Yip, N. (2015). Assertive community treatment for psychiatric patients with frequent hospitalisation. <i>Hong Kong Med J</i>, 21(2), 37-40.</p>	<p>Estudio experimental.</p>	<p>Indagar en el efecto que tiene la TAC en la utilización de la hospitalización durante 2 años.</p>	<p>Los tres grupos que entran en este programa, demuestran tener un menor número de readmisiones hospitalarias, ya sean voluntarias o involuntarias, a su vez, estas estancias son más cortas.</p> <p>También se observa una mayor adherencia al programa.</p>
<p>Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., Wiedemann, K., Luedecke, D., Rohenkohl, A., Huber, C., Bock, T., y Lambert, M. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients with severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. <i>Frontiers in Psychiatry</i>, 10(736), 1-11.</p>	<p>Estudio observacional</p>	<p>Comprobar el efecto que tiene la TAC en la disminución de los ingresos hospitalarios en pacientes con Trastorno Mental Grave en un periodo de cuatro años</p>	<p>Se demuestra una disminución importante del número de reingresos hospitalarios en los cuatro años que dura la TAC, en comparación con los dos años anteriores al comienzo del mismo. Esta disminución es mayor en la gente con Trastornos Mentales Graves mal controlados, con un mayor número de días de ingresos antes del comienzo del programa.</p>



<p>Stuen, H., Rugkasa, J., Landheim, A., y Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. <i>BMC Health Services Research</i>, 15(409), 1-13.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Estudiar las distintas opiniones que se tiene sobre los equipos de TAC, por parte de los sujetos que han estado en otros programas comunitarios.</p>	<p>Se aprecian datos como la visión negativa que tienen los pacientes sobre otras terapias comunitarias, en comparación con la TAC, de las cuales se observan visiones más positivas, como por ejemplo una percepción de mayor libertad y confianza.</p>
<p>Weimand, B., Israel, P., y Ewertzmon, M.(2018). Families in Assertive Community Treatment (ACT) Teams in Norway: A Cross-Sectional Study on Relatives' Experiences of Involvement and Alienation. <i>Community Ment Health J.</i> 58, 686-697.</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>Explorar las experiencias de los familiares de los pacientes en programas de TAC.</p>	<p>Se realizaron un total de 38 entrevistas. La mayoría cuentan con una visión positiva de la TAC. Sienten una mayor confianza y apego con los profesionales de estos equipos. Casi la mitad de los entrevistados, muestran que no hay cambio en cuanto al sentimiento de alienación del tratamiento.</p>
<p>Ye, J., Chen, T., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., y O'Reilly, C. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. <i>International Journal of Social Psychiatry</i>, 62(6), 532-541.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>Describir las experiencias de discriminación y estigmatización en pacientes con enfermedad mental severa en equipos TAC.</p>	<p>Se realizaron un total de 50 entrevistas. Se indica una discriminación por parte de los profesionales de la salud (18% de las entrevistas). Un 64% de los entrevistados han sufrido una discriminación positiva y un 24% de ellos discriminación anticipada. Estos porcentajes bajan una vez entran en los equipos de TAC, excepto la discriminación positiva, la cual se ve aumentada.</p>