



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MÁSTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

**ESPECIALIDAD: REEDUCACIÓN FUNCIONAL,
AUNTONOMÍA PERSONAL Y CALIDAD DE VIDA**

Curso académico 2013-2014

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Efectividad del TAC en personas con
esquizofrenia: Una revisión sistemática.**

Chamaida Rodríguez Hernández

Fecha de presentación: 22 de Junio 2014

Directora trabajo fin da Máster:

María Sobrido Prieto

Índice

Acrónimos	5
Resumen estructurado	6
1. Introducción	8
2. Formulación de la pregunta de estudio:	11
3. Metodología	12
3.1.-Criterios de inclusión	12
3.2.-Variables de estudio	13
3.2.1.-Número de ingresos y duración de la estancia	13
3.2.2.-Mantenimiento del contacto con el servicio	13
3.2.3.-Criterios de remisión clínica	13
3.2.4.-Calidad de vida	14
3.2.5.-Satisfacción de los pacientes	15
3.2.6- Análisis de los costos	15
3.3.- Estrategia de búsqueda	16
3.3.1.- Búsqueda de revisiones sistemáticas	16
3.3.2.- Búsqueda de artículos originales	17
4. Resultados	18
4.1.- Resultados de revisiones sistemáticas	18
4.2.- Resultados de Estudios originales	19
5. Síntesis de los resultados y discusión	33
5.1.- Mantenimiento del contacto con el servicio	35
5.2.- Nº de hospitalizaciones y duración de la estancia	35
5.3.- Criterios de remisión clínica	36
5.4.- Calidad de vida	37
5.5.- Satisfacción con el servicio	37
5.6.- Costos	37
6. Conclusiones	38
7. Limitaciones del estudio	40
8. Agradecimientos	41

Bibliografía	42
Apéndices	46
Apéndice 1: Escalas de remisión sintomática	47
Apéndice 2: Escalas de calidad de vida	48
Apéndice 3: Resultados de la búsqueda bibliográfica y selección de artículos	50
Apéndice 4: Estrategia de búsqueda	65
Apéndice 5: Tabla de nivel de evidencia y grado de recomendación	66

Acrónimos

TAC	Tratamiento asertivo comunitario
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
PANSS	Escala de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia
BPRS	Escala breve de evaluación psiquiátrica
SAPS	Escala para valoración de síntomas positivos
SANS	Escala para valoración de síntomas negativos
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scale
GAF	Global Assessment of Functioning
SOFAS	Social and Occupational Functioning Scale
QLS	Quality of Life Scale
LQoLP	Lancashire Quality of Life Profile
WHOQL	World Health Organization Quality of Life
CSQ	Client Satisfaction Questionnaire
TI	Tratamiento Intensivo
DACTS	Darmouth Assertive Community Treatment Scale

Resumen estructurado

Objetivos: El objetivo de esta revisión es conocer la efectividad del tratamiento asertivo comunitario (TAC) en personas con esquizofrenia.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, primero en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas (Biblioteca Cochrane Plus y Joanna Briggs Institute Connect) y en bases de datos de artículos originales (Pubmed, Scopus y Web of Science). Se analizó de los artículos seleccionados las siguientes variables: Tipo de estudio, N° de participantes, mantenimiento del contacto con el servicio, N° de ingresos y duración de la estancia, remisión clínica, calidad de vida, satisfacción con el servicio y costos.

Resultados: Se obtuvieron, de la búsqueda realizada, 109 artículos, de los cuales 11 cumplieron con los criterios de inclusión. De los artículos seleccionados, Cinco son ECAs, dos ensayos clínicos no aleatorizados, un estudio de casos y controles, uno de cohortes retrospectivo y dos estudios observacionales.

Conclusión: El TAC es efectivo para mejorar el mantenimiento del contacto con el servicio y la satisfacción del paciente con los servicios. Probablemente reduzca el n° de hospitalizaciones y la duración de la estancia. Sin embargo no está claro el efecto que produce en la psicopatología y la calidad de vida. Del mismo modo, hay poca evidencia del costo-efectividad del TAC sobre la atención estándar.

Abstract:

Aims: The objective of this review was to determine the effectiveness of assertive community treatment for people with schizophrenia

Methodology: We carried out a search in the literature, first specialized databases in systematic reviews (Cochrane and Joanna Briggs Institute Library Connect) and original articles database (Pubmed, Scopus and Web of Science). We analyzed from the selected articles, the following variables: type of study, Number of participants, maintaining contact with the service, admissions number and stay length, clinical remission, quality of life, service satisfaction and costs.

Results: We obtained 109 studies. Inclusion criteria were fulfilled in 11 of them. Selected articles, five were ECAs, two non-randomized clinical trials, a study of cases and controls, a retrospective cohort study and two observational studies.

Conclusions: The ACT has shown to be effective to in improving the maintenance of contact with the service and patient satisfaction with services. We have seem it is likely to reduce the number of hospitalizations and stay length. However it is not clear what effect it has on psychopathology and quality of life. In the same way, there was little evidence of the cost-effectiveness of ACT over standard care.

1. Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un conjunto variable de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones (conocidos como los síntomas clásicos de la psicosis), desorganización del pensamiento, síntomas deficitarios de función cerebral como la reducción de las emociones, el lenguaje y la motivación, disminución de la función cognitiva y cambios en el tono muscular y actividad. Estos síntomas conducen a problemas del funcionamiento social, ocupacional y autocuidado.¹

Aproximadamente el 1% de la población sufre esquizofrenia. Esta enfermedad entra dentro del grupo de los trastornos mentales graves, y suele representar el mayor porcentaje dentro de los programas de TAC. Se encuentra dentro de las diez principales causas mundiales de discapacidad a largo plazo.²

La base del tratamiento de la esquizofrenia está enfocada en los medicamentos antipsicóticos, sin embargo se debe complementar con intervenciones psicosociales, como psicoterapia, terapia de grupo, terapia cognitiva, dispositivos de rehabilitación psiquiátrica, centros de día o el tratamiento intensivo.²

El tratamiento intensivo es entendido como el tratamiento donde las personas reciben TAC, un modelo de extensión enérgica o un modelo de tratamiento de casos, con un número de casos de hasta 20 personas inclusive. El objetivo de nuestro trabajo será centrarnos en el primero.

El TAC surge en Madison, Estados Unidos, en la década de 1970, en el Instituto de salud mental de Mendota. Se trata de un modelo de tratamiento intensivo, con un enfoque integral y asertivo para el manejo de personas con enfermedad mental grave, basado en la comunidad.³ Sus objetivos principales son mantener el contacto de los pacientes con los servicios comunitarios de salud mental, reducir la frecuencia y la

duración de los ingresos hospitalarios, y mejorar el resultado psicosocial.⁴ Se compone de un equipo multidisciplinario que ofrece la mayor parte de la atención clínica, con una baja tasa paciente/profesional (no más de 10-15:1). Se proporciona en entornos comunitarios (ambiente natural del paciente), de una forma completamente individualizada, continua en el tiempo, prestando atención a todas las áreas funcionales y sin una duración preestablecida.³

En los últimos años ha habido un enfoque mundial para las intervenciones comunitarias asertivas en un intento de abordar algunas de las repercusiones de la desinstitucionalización.⁵

La atención comunitaria permite a las personas vivir de la manera más autónoma e independiente posible en sus hogares, fuera del hospital, lo que reduciría el estigma y los costos que suponen la hospitalización. Esta teoría esperaba que las personas con trastornos mentales graves tuvieran más oportunidades de alcanzar su nivel máximo como miembro autónomo en la sociedad.⁶

Una revisión de 1998⁷ sobre TAC, basado en 17 ECAs llevados a cabo sobre todo en Estados Unidos, concluye que es un enfoque clínicamente eficaz para la atención de personas con enfermedades mentales graves en la comunidad. Estas conclusiones han producido en los últimos años un desarrollo del TAC en muchos países europeos, sin embargo se han obtenido resultados contradictorios, que en la mayoría de los casos no coinciden con los resultados obtenidos en Estados Unidos. Esto podría ser por las diferencias existentes entre la atención estándar entre unos países y otros.⁸

Recientemente se ha sugerido que el éxito de una intervención de TAC se basa en su fidelidad al modelo, es decir, que el equipo lo cumpla y ejecute adecuadamente, además de que al inicio del estudio hubiera un nivel alto de uso de camas hospitalarias.⁹

Esta revisión pretende actualizar los hallazgos encontrados en los últimos diez años, ya que los modelos de intervención han ido cambiando y la investigación ha sido más generalizada con estudios nuevos en otros países.

2. Formulación de la pregunta de estudio:

El propósito de este trabajo es conocer la efectividad del TAC dirigido a personas con esquizofrenia.

La población objeto de estudio son personas diagnosticadas de dicho trastorno que reciben TAC y en qué medida repercute este hecho en su calidad de vida.

Por tanto, la pregunta de estudio que se plantea es: ¿Cuál es la eficacia de los programas de TAC en la esquizofrenia? ¿En qué medida influyen en la calidad de vida?

3. Metodología

3.1.-Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se tendrán en consideración al realizar el trabajo son los siguientes:

Criterios de inclusión	
Población de estudio	Personas diagnosticadas de esquizofrenia y mayores de 18 años. No se tendrá en cuenta el sexo.
Tipo de intervención	Estudios en los que se lleve a cabo una intervención comunitaria asertiva, de seguimiento multidisciplinar, integrada en los contextos de vida de las personas a las que están dirigidas.
Tipo de estudios	Ensayos clínicos (ECAs), estudios de casos y controles, estudios de cohortes, y revisiones sistemáticas.
Tamaño muestral	Estudios realizados con un tamaño superior a 50 sujetos.
Idioma	Se seleccionarán documentos escritos en español e inglés.
Cobertura cronológica	Se limitará la búsqueda a trabajos publicados desde 2004 hasta marzo de 2014, con el fin de revisar la literatura científica más actual en relación a la pregunta de estudio.

Tabla I. Criterios de inclusión

3.2.-Variables de estudio

3.2.1.-Número de ingresos y duración de la estancia

Descenso del número de ingresos y media de la duración de la estancia hospitalaria, antes y después de la aplicación del TAC.

3.2.2.-Mantenimiento del contacto con el servicio

Número de participantes que siguen en contacto con los servicios de salud mental al finalizar el periodo de estudio.

3.2.3.-Criterios de remisión clínica

Dentro de los criterios de remisión clínica lo estructuraremos en dos subapartados:

3.2.3.1.- Remisión sintomática

Es el estado en el que el paciente demuestra mejoría en los signos y síntomas, a tal grado que al ser de tan baja intensidad, ya no interfieren de manera significativa en su conducta, y por lo tanto se encuentran por debajo del umbral que se utiliza para justificar el diagnóstico inicial de esquizofrenia ¹⁰. En la actualidad son varias las escalas empleadas para su valoración:

Escalas remisión sintomática	
PANSS ¹¹	Escala de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia
BPRS ¹²	Escala breve de evaluación psiquiátrica
SAPS ¹³	Escala para valorar síntomas positivos
SANS ¹³	Escala para valorar síntomas negativos

Tabla II. Escalas de valoración de remisión clínica

*(para una información más detallada consultar el apéndice 1)

3.2.3.2.--Remisión funcional

Estado en el que no existe más de un mínimo de discapacidad en el funcionamiento social, las actividades de la vida diaria y las condiciones de vida.¹⁴ La escala más empleada es HoNOS¹⁵ (health of the nation outcome scales-), instrumento, desarrollado por Unidad de Investigación del *Royal College* en el marco del Proyecto *Health of the Nation* del Departamento de Salud Británico. Contiene 12 ítems que incluyen: Conducta agresiva e hiperactividad, conducta autoagresiva, abuso de sustancias, cognición, salud física, alucinaciones e ideas delirantes, depresión, otros síntomas mentales, relaciones sociales, funcionamiento general, alojamiento y actividades. Otras escalas utilizadas son GAF¹⁶ (Global Assessment of Functioning) y SOFAS¹⁷ (Social and Occupational Functioning Scale).

3.2.4.-Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos,

expectativas, valores e intereses". Las escalas más habituales en la valoración de la calidad de vida son;

Escalas de calidad de vida	
QLS¹⁸	Quality of life scale
LQoLP¹⁹	Lancashire Quality of Life Profile
WHOQOL-100²⁰	World Health Organization Quality of Life

Tabla III. Escalas de valoración de la calidad de vida

*(para una información más detallada consultar apéndice 2)

3.2.5.-Satisfacción de los pacientes

En la actualidad la escala de valoración empleada es el CSQ-8,²¹ Client satisfaction questionnaire- Cuestionario de 8 ítems, diseñado para medir la satisfacción del cliente con los servicios prestados. El resultado es una única puntuación que mide la satisfacción general.

3.2.6- Análisis de los costos

Tasas de costos de los servicios, que incluyen los sueldos del personal y los costos de los gastos generales., en relación con la efectividad del tratamiento.

3.3.- Estrategia de búsqueda

Con el fin de localizar información científica sobre el tema de estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica. Dicha búsqueda se realizó en Febrero y Marzo de 2014.

3.3.1.- Búsqueda de revisiones sistemáticas

Se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas:

La Biblioteca Cochrane Plus

- ("Tratamiento Aseritivo Comunitario") AND (Esquizofrenia)
- Límites: fecha de publicación (2004-2013)
- Resultados: 2

- ("Assertive Community Treatment") AND (Schizophrenia):TA
- Límites: título y resumen
- Resultados: 1

Joanna Briggs Institute:

- "Assertive Community Treatment" AND schizophrenia
- Resultados: 0

En total se obtienen 3 revisiones, las cuales se mostrarán en el apéndice 3.

3.3.2.- Búsqueda de artículos originales

Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science. La estrategia de búsqueda completa está disponible en el apéndice 4

Se revisaron los artículos obtenidos de las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of science y se eliminaron los duplicados, quedando un total de 109 artículos. Del total de artículos, 11 cumplían los criterios de inclusión (ver apéndice 3)

4. Resultados

4.1.- Resultados de revisiones sistemáticas

La revisión sistemática seleccionada²² incluye 38 ensayos. Los participantes son personas de 18 a 65 años con enfermedad mental grave y que no padecen ninguna enfermedad aguda. Se excluyeron las personas con demencia o con retraso mental.

Los tipos de intervenciones incluidas son 3: Tratamiento intensivo, no intensivo (Lo mismo que el anterior pero con un número de casos superior a 20) y Atención estándar (Modelo comunitario o ambulatorio de atención, sin un diseño específico)

A la hora de analizar este trabajo nosotros nos centraremos en TI con atención estándar:

Variables	Resultados
<i>Nº de ingresos/duración de la estancia.</i>	La probabilidad de ingresar y la duración de la estancia es menor en el TI. .
<i>Mantenimiento del contacto con el servicio.</i>	El TI es mejor que la atención estándar para retener a las personas en contacto con los servicios
<i>Remisión sintomática.</i>	Sólo hace alusión al estado mental: No hay pruebas irrefutables de que el TI tenga un efecto realmente considerable sobre el estado mental.
<i>Remisión funcional.</i>	No se reveló diferencias significativas entre TI y atención estándar en el estado laboral. Muestra una mejoría significativa en el estado de la vivienda y una mayor probabilidad de vivir de forma independiente.
<i>Calidad de vida.</i>	El TI no confiere ninguna ventaja sobre la atención estándar con respecto a la calidad de vida.
<i>Satisfacción de los pacientes.</i>	Los participantes en TI estuvieron más satisfechos con su tratamiento en comparación con la atención estándar.

Tabla IV. Resultados de la revisión sistemática seleccionada

Esta revisión establece que el TI reduce la hospitalización, aumenta la retención en la atención, mejora el funcionamiento social a nivel global en cuanto a un mejor estado de vivienda y estado laboral. Aunque no queda clara la evidencia en cuanto al estado mental y la calidad de vida, los efectos del TI parecen ayudar significativamente el estado global en comparación con la atención estándar.

Este trabajo recomienda investigar que características del TI pueden mejorar el resultado, ya que puede ser que el modelo de intervención sea efectivo sólo debido a alguna de sus características, como el número reducido de casos por equipo o la disponibilidad de 24 horas de atención. Promueve la realización de estudios observacionales para evolucionar el modelo de TI a nuevos y mejores programas de atención.

4.2.- Resultados de Estudios originales

Hemos localizado un total de 11 estudios que cumplieren los criterios de inclusión previamente establecidos. Cinco de ellos son ECAs, dos ensayos clínicos no aleatorizados, un estudio de casos y controles, uno de cohortes retrospectivo y dos estudios observacionales.

Se han analizado las variables establecidas anteriormente, así como el nivel de evidencia y el grado de recomendación (de acuerdo a la USPSTF ²³, ver apéndice 5). Los datos más relevantes son los que aparecen a continuación en la tabla V

Tabla V: Resultados de los estudios originales

Referencia	Tipo de estudio	Nº de paciente	Nº de ingresos	Duración de la estancia	Mantenimiento del contacto (MC)	Remisión clínica	Calidad de vida	Satisfacción de los pacientes	Costes	Nivel de evidencia
Aagaard J ²⁴	Casos y controles	174: 86 casos/ 88 controles	Reducción significativa (3,5 % casos, 9,1% controles)	Reducción significativa (11,74 % casos y no reducción en controles, p=0,01)	El 12,5% de controles y el 2,3 % de casos abandonaron el tratamiento. (p=0,02)	No diferencia significativas (subescala de SANS y SAPS a dos años)	-	Resultados CSQ-8 (media de 3,08 casos y 2,90 controles) p=0,05	-	II-2B
Bak M ²⁵	Estudio observacional	154		No diferencias en el nº de días de hospitalización o contactos ambulatorios	-	(OR= 2,21, IC del 95% : 1,03 a 4,78) El OR manifiesta una diferencia del 15% de aumentar la remisión tras el TAC	-	-	-	II-3B

Botha UA ²⁶	ECA	60: (34 GI y 26 GC)	<u>Media de ingresos:</u> GI (0,41)/ en el GC (1,19); (p <0,01).	<u>Media duración de la estancia:</u> (24,69 GI / 67,19 GC) ; (p=0,02)	-	Puntuaciones más bajas en las subescalas de la PANSS positiva (p<0,01), y puntuaciones totales (p=0,02). La puntuación SOFAS media fue mayor en el GI (p = 0,02)	No diferencia WHOQL			I-B
Fam J ²⁷	Cohortes retrospectivo	100 sujetos	Reducción media: 57,1% (p < 0,01)	Reducción media: 61,9% (p < 0,01)		<u>Aumento de empleo remunerado</u> Diferencia estadísticamente significativa (6 veces mayor)				II-2B

Karow A ²⁸	EC no aleatorio	120 :64 (GI) 56(GC)					Diferencia significativa entre el GC y GI en QLS-Q18 (p=0,009)		Relación coste-efectividad significativamente mayor en el GI	II-1A
Killaspy H ²⁹	ECA	251 127 (GI) y 124 (GC)		No diferencias Est. signif. durante 18 meses.	Menor nº de pacientes en GI se perdieron durante el seguimiento (10% GC/ 2 % GI; p=0,01)	No diferencias Est. Signif. en el funcionamiento clínico o social entre ambos grupos	No diferencia Est. Signif.			I-B

Lambert M ³⁰	EC no aleatorio	120 :64 (GI) 56(GC)	<u>Nº de hospitalización</u> significativamente menor en GI.(35,9% GI/55,4% GC); (p=0,033)	<u>Duración</u> significativamente menor en GI. Media de días: 11,3 GI/28,2 GC (p=0,028)	Los pacientes dejan el servicio con más frecuencia (6,3 % GI/ 23,2% GC) y más temprano en el GC (p=0,0035)	<u>Resultados medios PANSS</u> (59,6 GI/72,6 GC; p<0,001) <u>Resultados medios GAF</u> (67,9 GI/60,7 GC; p<0,05) <u>Empleo:</u> 53,4%GI/ 12,5%GC (p=0,001)	-	Los resultados medios en el CSQ-8 (2,1 GI/1,9 GC) fueron significativamente superiores en el GI (p<0,05)	-	II-1A
Low L ³¹	Estudio retrospectivo	155	Media de ingresos: 0,6 post-TAC/1,9 pre-TAC. Reducción 64,9%.	Disminución significativa (72,2 a 17,1 días; 76,3%)						II-3C
McCrone P ³²	ECA	251 127 GI 124 GC			El GI tenía niveles de compromiso		No diferencia Est. Signif.	Media de resultado total	Costes superiores GI,	I-B

					significativamente más alto.			satisfacción: GI: 79,4+-19,1 y GC: 71,7+-19,1, una diferencia de 7,6 que fue Est. Signif.	aunque estas diferencias no fueron Est. Signif.	
Petersen L ³³	ECA	547 (275 GI y 272 GC)		GI 22% menos días de cama que el GC Media de días: (89 GI/ 114 GC; p=0,06)		Diferencia media estimada en <u>SAPS</u> fue -0,32 (p=0,02) y en <u>SANS</u> fue -0,45 (p < 0,001) a favor del GI Diferencia media en GAF fue 3,12 (p=0,03) a favor GI		Diferencia media estimada en CSQ-8 fue 3,09 (p <0,001)		I-A

Sytema S ³⁴	ECA	118 (59 GI- 59 GC)		No diferencias significativas	TAC significativame nte superior sobre atención estándar (OR= 0,10 ; 95% IC: 0,03-0,33)	Severidad de síntomas (puntuación total BPRS) no Est. Signif. entre ambos grupos	No diferencia Est. Signif.	Suma de la puntuación CSQ, mostró una tendencia de una mayor satisfacción en GI, pero no Est. Signif.		I-C
------------------------	-----	--------------------------	--	----------------------------------	---	--	----------------------------------	---	--	-----

*Est. Signif.: Estadísticamente significativa

Aagaard J²⁴ Estudio de casos y controles con 86 casos (el 77,9% presentaba esquizofrenia) y 88 controles (el 56,8 % presentaba esquizofrenia). Comparó los resultados en un período de 2 años entre receptores de TAC y receptores de cuidado estándar de salud mental en la comunidad. Además de la aplicación de los principios esenciales del modelo de TAC, el tratamiento consistía en un grupo de varias familias, un grupo de entrenamiento en habilidades sociales y apoyo en la oferta de empleo. La muestra fue definida por un diagnóstico principal (CIE-10 F20, F22, F25, o F31) y al menos uno de los siguientes ítems: El abuso de drogas o alcohol o sanción legal; o un alto uso de los servicios de hospitalización (al menos 4 admisiones o 50 días de cama durante los dos últimos años). Los resultados del estudio mostraron que el uso del servicio de hospitalización de los pacientes que recibieron TAC se reducía en comparación con el grupo control, por otro lado los casos tenían mayor contacto con el servicio, y eran menos propensos a abandonarlo. También los casos obtuvieron puntuaciones más altas en el cuestionario de satisfacción del paciente. Sin embargo no se encontró una disminución en la psicopatología.

Bak M, ²⁵ Realizó una comparación pre-post a la introducción de una variante holandesa de TAC (F-TAC). El F-TAC es una variante Holandesa de TAC que permite una mezcla de los pacientes que necesiten tratamiento intensivo o menos intensivo dentro del mismo equipo. La muestra constó de 154 sujetos con diagnóstico de trastorno psicótico no afectivo (DSM 295, 297 y 298). El tiempo medio entre las dos evaluaciones fue de 372 días. Se reflejaron los datos de dos cohortes, una perteneciente al periodo pre asertivo (n=116) y post asertivo (n=38). El número de sujetos que alcanzó la remisión en el periodo post asertivo fue del 31%, y en el periodo pre asertivo del 19 %, El odds ratio expresado como tamaño del efecto produjo una diferencia de riesgo del 15% de aumentar el porcentaje de remisión después de la introducción del TAC. En cambio no objetivaron diferencias en el número de días de hospitalización antes y después de la introducción del F-TAC.

Botha UA.²⁶ presenta como objetivo evaluar el efecto de un TAC modificado en las tasas de reingreso y otros criterios de resultado en un país en desarrollo. El grupo control (n=26) recibió la atención estándar en la comunidad y el grupo de intervención (n=34) una intervención asertiva basada en una versión modificada del modelo internacional de TAC. La fidelidad con el modelo de TAC internacional se evaluó con el Dartmouth Assertive community treatment scale (DACTS) con una puntuación de 3,1, (fidelidad moderada). El equipo de TAC atendía de 80-100 pacientes con un máximo de 35 por carga de trabajo individual, frente los equipos de la atención estándar que atendían a más o menos 600 pacientes con un máximo de 250 pacientes por carga de trabajo individual, más las diferencias en las formas y lugares de seguimiento que presentaban ambos tipos de tratamiento. Incluyeron participantes con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (DSM-IV-TR). Los resultados sugieren que el TAC puede no sólo reducir las tasas de reingreso en un entorno con recursos limitados, sino que también puede repercutir en la gravedad de la psicopatología y el nivel de funcionamiento.

Fam J,²⁷ Examina los efectos del TAC en 100 pacientes (86 % con esquizofrenia) que habían completado un año de TAC en un país asiático. Para ello realizaron un estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron aquellos pacientes que tuvieran entre 18-65 años, con diagnóstico de enfermedad mental persistente como la esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno maníaco depresivo, con tres o más ingresos en el último año e incapacidad significativa provocada por el trastorno mental grave. Los resultados muestran una reducción del número de ingresos (la reducción media fue 57,1%) y de la duración de la estancia (la reducción media fue 61,9%) estadísticamente significativa, así como un aumento significativo de tener un empleo remunerado tras la aplicación de TAC (OR 9,69, P<0,01).

Karow A²⁸ Compara el costo-efectividad de 12 meses de TAC como parte de la atención integrada en comparación con la atención estándar

en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico (DSM-IV) tratados con quetiapina de liberación inmediata. Los participantes fueron reclutados de Enero de 2006 hasta noviembre de 2007 que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 18-65 años, cumplimiento de los criterios diagnósticos para los trastornos de primero o múltiple episodio del espectro esquizofrénico, recién iniciados o en tratamiento con actual con IR quetiapina. Los criterios de exclusión fueron: otros trastornos psicóticos y el retraso mental (CI inferior a 70).

Sesenta y cuatro pacientes fueron asignados al TAC y cincuenta y seis a la atención estándar. La fidelidad del modelo se evaluó con DACTS obteniendo una puntuación de 4,5 sobre 5.

Realizaron el análisis de costo-efectividad basado en los costos de atención de salud mental y los años de vida ajustados a la calidad de vida como medida de los efectos de salud durante el periodo de doce meses de seguimiento. Concluye que el TAC fue rentable con respecto a la mejora de la calidad de vida y los costos anuales comparables.

Killaspy H.²⁹ El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la atención en el TAC, con los obtenidos de la atención de la comunidad en personas con trastorno mental grave. Se reclutaron a 251 pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: haber estado al cuidado del equipo de salud mental de la comunidad al menos 12 meses, con diagnóstico primario de trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, otras psicosis crónicas, trastorno afectivo bipolar) y al menos 100 días de hospitalización o al menos 5 admisiones en los últimos dos años o por lo menos 50 días consecutivos de hospitalización. El % de personas con esquizofrenia era del 70% en el GI y de 63% en el GC. De los 251 pacientes reclutados, 127 recibieron TAC y el resto atención estándar. El equipo de TAC atendía de 80-100 pacientes con un máximo de 12 por carga de trabajo individual, frente los equipos de la atención estándar que atendían a más o menos 300-350 pacientes con un máximo de 35 pacientes por carga de trabajo individual,

más las diferencias de las características de seguimiento que presentaban ambos tipos de tratamiento y la frecuencia de las visitas. La fidelidad del modelo se midió con DACTS obteniéndose una puntuación de 4,1 sobre 5. Concluye que el TAC no tiene ventajas sobre la atención estándar de salud mental en la comunidad en el número de nuevas hospitalizaciones y frecuencia de las mismas, así como en los resultados clínicos o sociales. En cambio la satisfacción del paciente y el compromiso con los servicios es mayor en los receptores de TAC.

Lambert M.³⁰ Evalúa la efectividad de 12 meses de TAC como parte de la atención integrada en comparación con la atención estándar en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico (DSM-IV) tratados con quetiapina de liberación inmediata. Los participantes fueron reclutados de Enero de 2006 hasta noviembre de 2007 que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 18-65 años, cumplimiento de los criterios diagnósticos para los trastornos de primero o múltiple episodio del espectro esquizofrénico, recién iniciados o en tratamiento con actual con IR quetiapina. Los criterios de exclusión fueron: otros trastornos psicóticos y el retraso mental (CI inferior a 70).

Sesenta y cuatro pacientes fueron asignados al TAC y cincuenta y seis a la atención estándar. A nivel estructural, el TAC consta de una unidad especializada para pacientes psicóticos hospitalizados, 2 clínicas de día, un centro ambulatorio con ofertas de tratamiento especializado, un centro de terapia ocupacional, y una red de 8 psiquiatras privados. Dentro de este programa de tratamiento, cada participante del estudio se designó a un equipo que consta de 1 terapeuta TAC y 1 psiquiatra que ofreció 12 meses de tratamiento continuo. La fidelidad del modelo se evaluó con DACTS obteniendo una puntuación de 4,5 sobre 5. En este estudio el TAC como parte de atención integral tuvo una ventaja significativa sobre la atención estándar en la reducción de la tasa de abandono del servicio, así como mejorías sintomáticas y funcionales, una mejor calidad de vida y la satisfacción de la atención.

Low L³¹ Evalúa el impacto del TAC sobre el resultado de la prevención de recaídas y la reducción de las tasas de hospitalización de los pacientes que habían completado un año de tratamiento. Fueron reclutados 155 participantes (de estos, 117 presentaban diagnóstico de esquizofrenia) entre el 9 de Septiembre de 2008 al 9 de Septiembre de 2009, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: edad comprendida entre 18-65 años, con diagnóstico de enfermedad mental grave y persistente (esquizofrenia, trastorno delirante o desorden bipolar), síntomas que producen discapacidad en la función diaria y pacientes con un total de tres admisiones y/o la duración de la hospitalización de más de treinta días en el último año.

Los resultados muestran que el TAC es altamente eficaz en la reducción del número de hospitalizaciones (reducción del 69,4%) y el número de días de hospitalización (reducción del 76,3%). Analiza, por último, la interacción del diagnóstico y el género con los resultados obtenidos, observándose que los pacientes masculinos con diagnóstico de esquizofrenia tenían un menor número de hospitalizaciones que los que presentaban trastorno esquizoafectivo.

McCrone P³² El objetivo de este estudio es realizar un análisis de costo-efectividad entre el TAC y la atención de la comunidad en personas con trastorno mental grave en Reino Unido. Se reclutaron a 251 pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: haber estado al cuidado de el equipo de salud mental de la comunidad al menos 12 meses, con diagnóstico primario de trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, otras psicosis crónicas, trastorno afectivo bipolar) y al menos 100 días consecutivos de hospitalización o al menos 5 admisiones en los últimos dos años o por lo menos 50 días consecutivos de hospitalización. El % de personas con esquizofrenia era del 70% en el GI y de 63% en el GC. De los 251 pacientes reclutados, 127 recibieron TAC y el resto atención estándar.

Los costos se midieron al inicio del estudio y 18 meses después y se compararon entre los dos grupos. En el análisis, los datos de costos se relacionaron con los datos sobre la satisfacción, que era significativamente mayor en el GI. Los costos totales a los 18 meses fueron mayores en el GI, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa, sin embargo sí da mayores niveles de satisfacción con el servicio, por lo que consideraron el TAC como el tratamiento comunitario de elección.

Petersen L³³ El objetivo de este estudio es comparar los resultados tras un seguimiento de dos años entre el tratamiento integrado y el tratamiento estándar. Fueron reclutados 547 pacientes (275 GI y 272 GC) con edades entre 18-45 años con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (ICD-10) y que no hubieran recibido fármacos antipsicóticos durante más de doce semanas de tratamiento continuo. Los pacientes incluidos fueron asignados al azar en tratamiento integrado o en el estándar. El tratamiento integrado consistió en TAC con programas para la formación/implicación de la familia, y habilidades sociales. Se desarrollaron dos grupos de tratamiento integrado en dos regiones diferentes, el número de casos era de 10 pacientes. La fidelidad del programa, medido con el índice de fidelidad de TAC fue del 70% en ambos grupos. El tratamiento estándar ofrecido fue el contacto con un centro de salud mental de la comunidad, en el que la visita a domicilio era posible pero lo normal era la atención en la consulta. El estudio duró dos años y se compararon los resultados al año de seguimiento y a los dos años. Se concluye que el tratamiento integrado reduce los síntomas psicóticos y negativos más que el tratamiento estándar.

Sytema S³⁴ Compara la eficacia del TAC con la atención estándar en pacientes con trastorno mental grave. El ensayo se llevó a cabo en un pequeño pueblo en el noreste de los Países Bajos. Reclutaron a 118 pacientes (61 con diagnóstico de esquizofrenia) seguidos hasta Agosto de

2006. La máxima de seguimiento fue de dos años. Los participantes debían tener para su inclusión una puntuación de 15 o mayor en la escala HONOS. Cincuenta y seis participantes fueron incluidos en el grupo de intervención que consistía en la aplicación de TAC, y cincuenta y seis en el grupo control, a los que se les aplicó atención estándar. La fidelidad del modelo de TAC fue evaluado por The Dartmouth Assertive Community Treatment Scales (DACT), obteniendo un resultado de 4,1 sobre 5. El equipo de TAC atendía un máximo de número de casos de 10 pacientes y los equipos de la comunidad de salud mental 40 pacientes, a eso se le suman otras diferencias como, la frecuencia de las visitas (siendo mayor en el grupo intervención) y el lugar del seguimiento, así como la composición de profesionales en el equipo. Concluye que el TAC es significativamente mejor que la atención estándar en el mantenimiento de contactos, sin embargo no reduce significativamente el uso de atención hospitalaria ni da lugar a importantes beneficios clínicos o funcionales.

5. Síntesis de los resultados y discusión

De los artículos analizados, cinco eran ECA^{26,29,32,33,34} que comparan el TAC con la atención estándar en la comunidad de salud mental, con nivel de evidencia I^{26,29,32,33,34} y grado de recomendación A³³, B^{26,29,32} y C³⁴. Dos de ellos^{29,32} mostraban los datos obtenidos del mismo ensayo clínico, pero analizaron datos diferentes. Otros eran dos ensayos clínicos no aleatorizados^{28,30} (ambos con un nivel de evidencia II-1 y un grado de recomendación A), que al igual que los artículos anteriormente citados, era el mismo estudio pero analizando diferentes datos y que también comparan el TAC con la atención estándar. Se analizó también un estudio de casos y controles²⁴ (con un nivel de evidencia II-2 y un grado de recomendación B) que comparó los resultados en un período de 2 años entre receptores de TAC y receptores de cuidado estándar de salud mental en la comunidad; y los tres restantes^{25,27,31} eran un estudio de cohortes retrospectivo²⁷ y dos estudios observacionales^{25,31} que examinan los efectos de la aplicación de TAC, con nivel de evidencia II-2²⁷ y II-3^{25,31} y grado de recomendación B^{25,27} y C³¹.

Las imágenes I y II resumen estos datos a nivel total

Imagen I. Porcentajes de niveles de evidencia sobre el total de estudios realizados

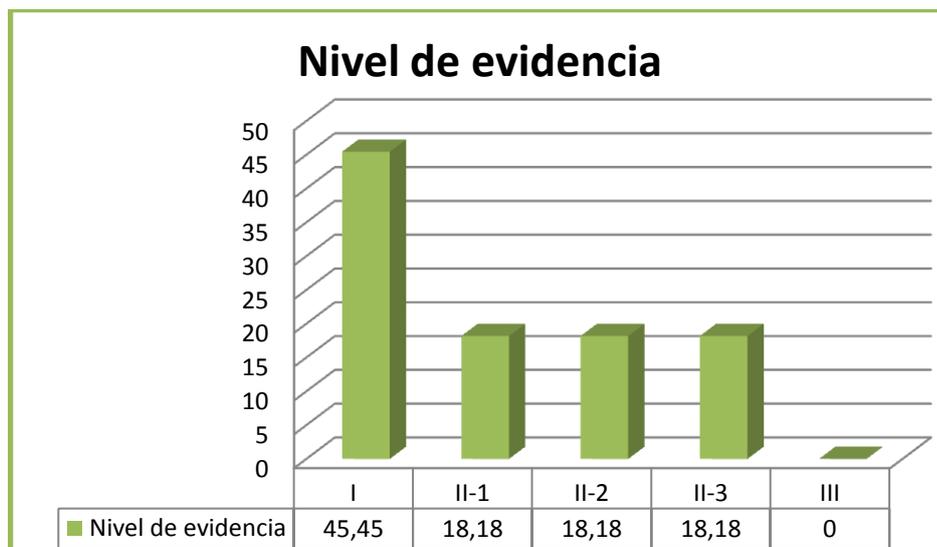


Imagen II. Porcentajes de los niveles de recomendación sobre el total de los estudios realizados



Todos los estudios presentaron datos a largo plazo, es decir, más de un año de seguimiento. Ésta duración proporciona la información necesaria para evaluar correctamente cualquier diferencia en los efectos de la intervención.

De todos estos artículos, sólo cuatro de ellos incluyeron sólo participantes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia.^{26,28,30,33} Uno de ellos diagnóstico de trastorno psicótico no afectivo²⁵, y el resto a pacientes con diagnóstico de enfermedad mental grave.^{24,27,29,31,32,34} Sin embargo fueron analizados porque la proporción de pacientes con esquizofrenia era muy superior a la del resto de diagnósticos.

El origen de los datos es principalmente Europeo. Hasta hace diez años existían más estudios realizados en Estados Unidos y Australia. Sin embargo ahora la mayoría son estudios realizados en Europa (Dinamarca^{24,33} Países Bajos,^{25,34} Inglaterra^{29,32} y Alemania^{28,30}), exceptuando cuatro de ellos presentes en Asia (Singapur^{27,31}) y en África (Sudáfrica²⁶). Estas cifras corresponden a un 66,67% de estudios realizados en Europa sobre la totalidad de estudios de esta revisión. Se empieza a observar como este modelo de tratamiento se empieza a

implantar además en otros países asiáticos y en países con poco desarrollo económico.

El objetivo de esta revisión era conocer la efectividad del TAC en personas con esquizofrenia. Para ello se analizaron los resultados de diferentes variables:

5.1.- Mantenimiento del contacto con el servicio

Todos los estudios que estudian esta variable^{24,28,29,30,32,34} coinciden en que el TAC tiene una menor proporción de pacientes que abandonan el servicio, siendo siempre esta proporción estadísticamente significativa. Además uno de ellos³⁰ apunta también que el abandono se produce más temprano en el grupo control (atención estándar).

5.2.- Nº de hospitalizaciones y duración de la estancia

Existen datos contradictorios. Dos ECAs^{29,34} realizados en Europa no muestran datos significativos de disminución del Nº de hospitalizaciones ni de la duración de estancia. En cambio un ECA²⁶ realizado en un país en desarrollo y un ECA³³ realizado en un país Europeo, así como un ensayo clínico no aleatorizado realizado también en Europa³⁰, muestran datos de evidencia científica de reducción de dichos parámetros. Así mismo, se encontraron estudios con una menor evidencia científica a favor del TAC. Cabe destacar que entre los artículos que muestran efectos positivos, tres de ellos presentaban como criterios de inclusión un alto consumo de la atención hospitalaria antes de iniciar el estudio.

5.3.- Criterios de remisión clínica

Sólo dos artículos^{25,26} hicieron mención a los criterios de remisión clínica de Andreasen¹⁰. Bak M²⁵ objetivó un 15% más de remisión después de aplicar TAC. Botha UA²⁶ no encontró diferencia significativa de remisión entre los grupos, sin embargo se obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en la PANSS y en la SOFAS. Dos estudios evalúan la psicopatología usando las escalas SANS y SAPS, uno de ellos es un estudio de casos y controles²⁴ en el cual los resultados muestran que no existen diferencias a los dos años de seguimiento, el otro estudio es un ECA³³ en el cual sus resultados muestran una reducción de los síntomas positivos y negativos. Otros dos ECAs^{29,34} evalúan la psicopatología con la BPRS, no encontrando ninguno de los dos diferencias estadísticamente significativas, y por último un estudio³⁰ utiliza la PANSS obteniendo mejores resultados en el GI.

En cuanto a la funcionalidad sólo un estudio²⁹ utilizó la escala HoNOS, siendo los resultados similares en el GI y GC. Un único estudio²⁶ utilizó la escala SOFAS, encontrando diferencias significativas entre el GI Y GC. Por último dos estudios^{30,33} evaluaron la funcionalidad con la GAF, obteniendo ambos, resultados favorables a favor del TAC. Se encontraron dos estudios^{27,30} que analizaron como medida de resultado el aumento de empleo remunerado tras la aplicación de TAC, ambos concluyen que el aumento es estadísticamente significativo.

Existen en su mayoría datos favorables, pero la heterogeneidad en cuanto a los métodos de valoración, hace imposible sacar conclusiones acerca de si el TAC tiene un impacto sobre la psicopatología o la funcionalidad.

5.4.- Calidad de vida

Hay pocas evidencias sobre el efecto del TAC sobre la calidad de vida. Son sólo cuatro los artículos^{26,28,29,34} que estudian esta variable, los cuatro ECAs, y sólo uno de ellos²⁸ muestra evidencias de que el TAC mejora la calidad de vida. Cabe mencionar que ninguno de estos estudios utiliza la misma escala para su valoración.

5.5.- Satisfacción con el servicio

Hay evidencias de que el TAC produzca una mayor satisfacción en cuanto a los servicios, además todos los estudios que han evaluado esta variable^{24,30,32,33,34}, han utilizado la misma escala, el CSQ-8, pudiendo realizar una clara comparación entre los datos obtenidos en cada uno de los estudios.

5.6.- Costos

Son sólo dos los estudios que evalúan el costo-efectividad del TAC sobre la atención estándar. McCrone P.³² relaciona los datos de costos con los datos sobre la satisfacción, mientras que Karow A²⁸ relaciona los costos con los años de vida ajustados a la calidad de vida, como medida de efecto de la salud. Ambos estudios concluyen que no hay una diferencia estadísticamente significativa en los costos entre el TAC y la atención estándar, pero que el análisis costo-efectividad es superior en el TAC.

6. Conclusiones

El TAC supone un enfoque integral de atención a las personas con trastorno mental grave en una época en la que los ingresos en el hospital son limitados (por escasas de camas y atención hospitalaria), sumado a la desinstitucionalización en el campo de la salud mental. A nivel económico-social esta situación obliga a las administraciones públicas a desarrollar programas de intervención comunitarios que presenten una buena relación costo-efectividad. Los datos sobre los costos del TAC son todavía escasos y no pueden establecerse conclusiones en cuanto al costo-efectividad, sin embargo, se encontró evidencias de que el TAC es efectivo para el mantenimiento del contacto con el paciente y la satisfacción del mismo con los servicios prestados. Probablemente también reduzca los días de hospitalización y el número de ingresos, aunque los datos obtenidos no fueron tan contundentes como las variables anteriores. Sin embargo no queda claro cuál es el efecto que produce el TAC sobre la psicopatología, funcionalidad y la calidad de vida. Por un lado, el efecto sobre el estado mental y la funcionalidad es contradictorio debido a la utilización de diferentes escalas para su valoración. En cuanto a la calidad de vida, existe por un lado, una escasez de estudios que la evalúan, y por otro, que no hay un consenso sobre la utilización de una misma escala para su valoración.

En esta revisión se encontró muchos estudios que evaluaban el mismo resultado en diferentes escalas, con lo cual fue imposible hacer una comparación de los datos obtenidos. Para futuras investigaciones se debería establecer como consenso la misma escala para evaluar cada una de las variables. Sería interesante que se realizaran más estudios que tuvieran en cuenta los criterios de remisión propuestos por Andreasen¹⁰, así como la utilización de una misma escala para evaluar la calidad de vida que se ajuste más a las características de este tipo de pacientes. Por lo tanto, se debe prestar más atención a aquellos

aspectos relacionados con la calidad de vida, no sólo del paciente, sino de su entorno más cercano, especialmente su familia.

7. Limitaciones del estudio

Sobre la búsqueda bibliográfica, el objetivo inicial de esta revisión era evaluar el efecto del TAC sobre personas con esquizofrenia, por lo que los criterios de búsqueda establecidos se limitaron a este trastorno. Sin embargo, los resultados obtenidos muestran principalmente estudios realizados en personas diagnosticadas con trastorno mental grave, dentro de los cuales se incluye la esquizofrenia. Dado que el porcentaje de personas diagnosticadas de esquizofrenia en estos estudios era elevado, se procedió a la evaluación de los datos aunque no se limitaran sólo al estudio de este trastorno.

Sobre el análisis de los datos, en algunas de las variables las escalas utilizadas para su evaluación no eran las mismas entre unos estudios y otros. La utilización de diferentes escalas para evaluar un mismo resultado dificultó el análisis de los datos y la comparación entre los mismos, lo que no nos permitió llegar a conclusiones sobre los resultados obtenidos en la calidad de vida y en la remisión clínica. Uno de los artículos fue imposible de analizar porque no pudimos acceder a él a través de los servicios de préstamo interbibliotecario de la UDC, por lo cual fue excluido del trabajo aún cumpliendo los criterios de inclusión.

8. Agradecimientos

Agradecer en primer lugar a mi tutora, María Sobrido, por su dedicación y apoyo durante la realización de este trabajo, sin su ayuda no hubiera sido posible.

También agradecer a mis compañeros, que juntos nos hemos resuelto numerosas dudas y nos hemos hecho compañía durante la realización del trabajo.

Y por último, agradecer a mi familia y amigos por no dejar que me rindiera y siguiera adelante con mis ideas.

Bibliografía

1. Gejman PV, Sanders AR. La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (B Aires)*. 2012;72(3):227-34.
2. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004;363(9426):2063-72.
3. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980 Apr;37(4):392-397.
4. Kortrijk HE, Mulder CL, Roosenschoon BJ, Wiersma D. Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Ment Health J*. 2010 Aug;46(4):330-
5. Hangan C: Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service. *Int J Ment Health Nurs* 2006,15:157-162
6. Bowl R. Involving service users in mental health services: social services departments and the National Health Service and Community Care TAC 1990. *Journal of mental health* 1996;5(3):287-304.
7. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (review). *Cochrane Database Syst Rev* 1998;2:CD001089.
8. Burns T, Fioretti A, Halloway F, Malm U, Rossler W. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv* 2001;52: 631–6.
9. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007 ;335(7615):336.
10. Andreasen N, Carpenter W, Kane J. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 2005;162:441-49.

11. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.
12. Overall JE, Gorham OR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep*, 1962;10:799-812
13. Andreasen NC, Olsen S. Negative and positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39:789-794
14. Kortrijk HE, Mulder CL, van der Gaag M, Wiersma D. Symptomatic and functional remission and its associations with quality of life in patients with psychotic disorder in Assertive Community Treatment teams. Comprehensive with psychotic disorder in Assertive Community Treatment teams. *Comprehensive Psychiatr.* 2012 ;53(8):1174-80.
15. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry.* 1998 ;172:11-8.
16. Aas IH. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry.* 2010;9:20.
17. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Apr;101(4):323-9.
18. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT, Jr. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984;10(3):388-98.
19. Oliver JP, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32(2):76-83.
20. Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Majadahonda: Ergón; 1998.
21. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann.* 1979;2(3):197-207.

22. Dieterich M, Irving C, Park B, Marshall M. Tratamiento intensivo de las enfermedades mentales graves. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 10. Art. No.: CD007906.
23. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3):21-35.
24. Aagaard J, Mueller-Nielsen K. Clinical outcome of assertive community treatment (TAC) in a rural area in Denmark: A case-control study with a 2-year follow-up. *Nordic xJ Psychiatr.* 2011 ;65(5):299-305.
25. Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, a 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.
26. 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.
27. Fam J, Lee C, Lim B-L, Lee K-K. Assertive community treatment (TAC) in Singapore: A 1-year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore.* 2007 Jun;36(6):409-12.
28. Karow A, Reimer J, Konig HH, Heider D, Bock T, Huber C, et al. Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatr.* 2012 ;73(3):e402-8.
29. 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. *Br Med J.* 2006;332 (7545):815-8A.
30. Lambert M, Bock T, Schottle 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 Psychiatr.* 2010;71(10):1313-23.

31. Low L, Tan YY, Lim BL, Poon WC, Lee C. Effectiveness of assertive community management in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2013 Mar;42(3):125-32.
32. 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.
33. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Christensen TO, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ.* 2005;331(7517):602.
34. Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(2):105-12.

Apéndices

Apéndice 1: Escalas de remisión sintomática

- Escala de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia- PANSS

La PANSS constituye una escala validada que evalúa tres subescalas de psicopatología: síntomas positivos, negativos y generales. Permite la clasificación categorial de la sintomatología presente en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aporta no exclusivamente la presencia y severidad sino también el grado de distorsión que puede ocasionar a la vida del sujeto la intensidad del trastorno mental.

- Escala breve de evaluación psiquiátrica- BPRS

La escala BPRS fue creada por Overall y Gorham y evalúa los cambios sintomatológicos en pacientes psiquiátricos.

Es una escala valoradora de síntomas psicóticos, que proporciona una puntuación global, además de otras dos, una para síntomas positivos y otra para síntomas negativos.

- Escala para valorar síntomas positivos- SAPS

Es un instrumento complementario para evaluar la gravedad de la sintomatología positiva de pacientes con esquizofrenia u otro trastorno psicótico y respuesta al tratamiento.

La SAPS consta de 34 ítems. Evalúa los síntomas positivos en 4 categorías: alucinaciones, delirios, conducta extravagante o extraña y desorden del pensamiento formal.

- Escala para valorar síntomas negativos- SANS

Es un instrumento complementario para evaluar la gravedad de la sintomatología negativa de pacientes con esquizofrenia u otro trastorno psicótico y respuesta al tratamiento.

La SANS consta de 25 ítems. Evalúa síntomas negativos, en cinco categorías: embotamiento de la afectividad, abulia-apatía, anhedonia-ausencia de sociabilidad y deterioro de la atención.

Apéndice 2: Escalas de calidad de vida

- Quality of life scale- QLS

Es una escala de 21 ítems valorados desde una entrevista semiestructurada que proporciona información de los síntomas y el funcionamiento en las últimas cuatro semanas.

Los ítems se agrupan en cuatro categorías: Funciones intrapíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental y actividades cotidianas.

Cada ítem es valorado en escala de 7 puntos. Puntuaciones altas reflejan funcionamiento normal y bajas deterioro de la función en cuestión.¹²

- Lancashire Quality of Life Profile- LQoLP

La LQoLP es un entrevista estructurada para valorar la calidad de vida de enfermos mentales crónicos, desarrollado por Oliver y cols¹³ a partir de la Entrevista de Calidad de Vida de Lehman. Evalúa las siguientes áreas: Trabajo/educación, tiempo libre, religión, aspectos económicos (finanzas), alojamiento, problemas legales y de seguridad ciudadana, relaciones familiares, relaciones sociales, salud y autoestima. Además se añaden en la entrevista otras dos medidas de bienestar psicológico: la Affect Balance Scale de 10 ítems, a modo de indicador de salud mental y la Self-Esteem Scale, también de 10 ítems, que valora tanto la autoestima positiva como la negativa. El instrumento también valora el bienestar global.

Incluye una evaluación de la calidad de vida basada en la observación y el conocimiento previo del caso por parte del entrevistador.

- World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-100
Es una escala autoaplicada que consta de 100 ítems. Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta medida se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida. El WHOQOL-100 está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en 6 distintos dominios, que a su vez están integrados por 24 distintas facetas: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad/religión/creencias personales.¹⁴

Apéndice 3: Resultados de la búsqueda bibliográfica y selección de artículos

Referencia	Inclusión	Razones de exclusión
Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	No	Tema: Eficacia de equipos comunitarios de salud mental.
Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G Intervenciones psicosociales para personas con enfermedades mentales graves y abuso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	No	Tema: abuso de sustancias.
Dieterich M, Irving C, Park B, Marshall M. Tratamiento intensivo de las enfermedades mentales graves. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2010 Issue 10. Art. No.: CD007906.	Si	

Tabla VI: Resultados de la búsqueda de revisiones sistemáticas

Referencia	Inclusión	Razones de exclusión
1. Aagaard J, Nielsen JA. Experience from the first TAC programme in Denmark. I. Baseline evaluation 1981-2000. Nord J Psychiatr. 2004;58(2):165-9.	No	Se basa en una evaluación hecha en el 2000
2. Aagaard J, Mueller-Nielsen K. Clinical outcome of assertive community treatment (TAC) in a rural area in Denmark: A case-control study with a 2-year follow-up. Nordic J Psychiatr. 2011 ;65(5):299-305.	Si	
3. Adams CL, El-Mallakh RS. Patient outcome after treatment in a community-based crisis stabilization unit. J Behavl Health Serv Res. 2009;36(3):396-9.	No	No TAC
4. Addington D, McKenzie E, Smith H, Chuang H, Boucher S, Adams B, et al. Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. Can J Psychiatr. 2012;57(5):317-23.	No	No TAC
5. Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. An early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team: Basic concepts and the service. Psychiatr Danub. 2007;19(1-2):5-9.	No	Atención temprana en psicosis
6. Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team: Preliminary results. Psychiatr Danub. 2007;19(1-2):10-9.	No	Edad de los participantes: 14-35 años
7. Angell B, Mahoney CA, Ishibashi Martinez N. Promoting treatment adherence in assertive community treatment. Soc Serv Rev. 2006 ;80(3):485-526.	No	No TAC
8. Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, a 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	Si	

than service use outcome criteria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(2):125-30.		
9. Battaglia J, Houston JP, Ahl J, Meyers AL, Kaiser CJ. A post hoc analysis of transitioning to oral treatment with olanzapine or haloperidol after 24-hour intramuscular treatment in acutely agitated adult patients with schizophrenia. Clin Ther. 2005 ;27(10):1612-8.	No	No TAC
10. Beach C, Dykema LR, Appelbaum PS, Deng L, Leckman-Westin E, Manuel JI, et al. Forensic and nonforensic clients in assertive community treatment: A longitudinal study. Psychiatric Serv. 2013;64(5):437-44.	No	Estudia en función si los participantes tienen antecedentes penales o no, y no con esquizofrenia
11. Boden R, Sundstrom J, Lindstrom E, Wieselgren IM, Lindstrom L. Five-year outcome of first-episode psychosis before and after the implementation of a modified assertive community treatment programme. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(6):665-74..	Si	
12. 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.	Si	
13. Burns T, Catty J, Wright C. De-constructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006 (429):33-5.	No	No estudia la efectividad del TAC, sino de la atención domiciliaria
14. Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Morse GA, Lemming MR. Predictors of the working alliance in assertive community treatment. Community Mental Health J. 2006;42(2):161-75.	No	El objetivo de este estudio no se corresponde con el nuestro
15. Castle DJ. The truth, and nothing but the truth, about early intervention in psychosis. Australian and New Zeal J Psychiatry. 2012;46(1):10-3.	No	Tema: Intervención temprana en psicosis
16. Chow W, Law S, Andermann L, Yang J, Leszcz M, Wong J, et al. Multi-Family Psycho-Education	No	Tema: Psicoeducación multifamiliar dentro del

Group for Assertive Community Treatment Clients and Families of Culturally Diverse Background: A Pilot Study. <i>Comm Mental Health J.</i> 2010 ;46(4):364-71.		TAC
17. Chue P, Tibbo P, Wright E, Van Ens J. Client and Community Services Satisfaction With an Assertive Community Treatment Subprogram for Inner-City Clients in Edmonton, Alberta. <i>Can J Psychiatr.</i> 2004 Sep;49(9):621-4.	No	Estudio descriptivo
18. Corrigan PW. Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. <i>Expert Rev Neurother.</i> 2006 ;6(7):993-1004.	No	Intervenciones psicosociales en general
19. Corring D, Lundberg E, Rudnick A. Therapeutic horseback riding for TAC patients with schizophrenia. <i>Community Ment Health J.</i> 2013 ;49(1):121-6.	No	Intervención: Intervención con caballos
20. Dahlan R, Midin M, Sidi H, Maniam T. Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: A 1-year follow-up study of re-hospitalization. <i>Asia-Pacific Psychiatry.</i> 2013;5(SUPPL. 1):127-33.	No	El objetivo de este estudio no coincide con el objetivo que se plantea en nuestro trabajo.
21. Dahlan R, Midin M, Sidi H. Remission of Symptoms Among Schizophrenia Patients Receiving Assertive Community Treatment (TAC) in Malaysia: One Year Follow-Up. <i>Sains Malaysiana.</i> 2013 ;42(3):389-97.	No	Tema: factores que influyen en la remisión de los síntomas
22. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. <i>Schizophr Bull.</i> 2010 ;36(1):48-70.	No	Es una revisión sobre las recomendaciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia
23. Drukker M, van Os J, Sytema S, Driessen G, Visser E, Delespaul P. Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. <i>Epidemiol Psychiatr Sci.</i> 2011 Sep;20(3):273-8.	No	Otro modelo de tratamiento

24. Drukker M, Visser E, Sytema S, Van Os J. Flexible assertive community treatment, severity of symptoms and psychiatric health service use, a real life observational study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2013;9:202-9.	No	Otro modelo de tratamiento
25. Fam J, Lee C, Lim B-L, Lee K-K. Assertive community treatment (TAC) in Singapore: A 1-year follow-up study. Ann Acad Med Singapore. 2007 ;36(6):409-12.	Si	
26. Foster A, Gable J, Buckley J. Homelessness in Schizophrenia. Psychiatric Clin North Am. 2012;35(3):717-34.	No	No se menciona ninguna intervención con TAC
27. Frisman LK, Mueser KT, Covell NH, Lin H-J, Crocker A, Drake RE, et al. Use of Integrated Dual Disorder Treatment Via Assertive Community Treatment Versus Clinical Case Management for Persons With Co-Occurring Disorders and Antisocial Personality Disorder. J Nervous Mental Dis. 2009 ;197(11):822-8.	No	El objetivo de este estudio no se corresponde con el nuestro
28. Furlong M, Leddy J, Ferguson J, Heart K. Assertive community treatment and recovery at thresholds. Am J Psychiatric Rehab. 2009;12(2):108-23.	No	Este tipo de artículos es un criterio de exclusión
29. Ghosh R, Killaspy H. A national survey of assertive community treatment services in England. Journal of Mental Health. 2010 ;19(6):500-8.	No	Estudio descriptivo
30. Goering P, Durbin J, Sheldon CT, Ochocka J, Nelson G, Krupa T. Who uses consumer-run self-help organizations? Am J Orthopsychiatry. 2006 Jul;76(3):367-73.	No	El objetivo de este estudio no coincide con el objetivo que se plantea en nuestro trabajo.
31. Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. Schizophrenia Bull. 2006 ;32(2):378-95.	No	Eficacia de un modelo de apoyo individual

32. Granholm E, Loh C, Link PC, Jeste D. Feasibility of Implementing Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis on Assertive Community Treatment Teams: A Controlled Pilot Study. <i>Int J Cognitive Therapy</i> . 2010 Sep;3(3):295-303.	No	No estudia la efectividad del TAC
33. Gruber EN, Ivezic-Strkalj S, Agius M, Martic-Biocina S. "Since I have my case manager, I am back to life" case management in Croatia. <i>Psychiatr Danub</i> . 2008 ;20(1):63-70.	No	Su objetivo no corresponde con el de este estudio
34. Hansen JP, Ostergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L. Cognitive adaptation training combined with assertive community treatment: a randomised longitudinal trial. <i>Schizophr Res</i> . 2012 ;135(1-3):105-11.	No	Efecto de un programa de adaptación cognitiva en pacientes con esquizofrenia
Hansen JP, stergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L. The feasibility of cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia in integrated treatment. <i>Community Mental Health J</i> . 2013;49(6):630-5.	No	Estudia la efectividad del entrenamiento de adaptación cognitiva
36. 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. <i>Epidemiol Psychiatric Sci</i> . 2011 ;20(2):151-61.	No	El objetivo de estudio es investigar las diferencias en la aplicación de TAC en varios países
37. Harvey C, Killaspy H, Martino S, Johnson S. Implementation of Assertive Community Treatment in Australia: Model Fidelity, Patient Characteristics and Staff Experiences. <i>Comm Mental Health J</i> . 2012 Oct;48(5):652-61.	No	Estudio descriptivo
38. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L, et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). <i>Br J Psychiatry</i> . 2013 ;202(1):35-41.	No	Relación costo-efectividad de un programa de atención temprana intensiva y no sólo del tratamiento asertivo comunitario
39. Hemmings CP. Community services for people	No	Participantes:

with intellectual disabilities and mental health problems. <i>Curr Opin Psychiatry</i> . 2008 ;21(5):459-62.		Discapacidad intelectual y no esquizofrenia
40. Jenner JA. Assertive community treatment in the Netherlands. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> . 2008 ;117(1):76-7.	No	Este tipo de artículos es un criterio de exclusión
41. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Oehlenschlaeger J, Christensen TO, et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. <i>Br J Psychiatry Suppl</i> . 2005 ;48:s85-90.	No	No evalúa de forma aislada el TAC
42. Kane CF, Blank MB. NPACT: Enhancing programs of assertive community treatment for the seriously mentally ill. <i>Comm Ment Health J</i> . 2004 ;40(6):549-59.	No	El objetivo de este estudio no coincide con el del presente trabajo
43. Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, et al. Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). <i>J Clin Psychiatry</i> . 2012;73(3):e402-8.	Si	
44. Keshavan MS, Roberts M, Wittmann D. Guidelines for clinical treatment of early course schizophrenia. <i>Curr Psychiatry Rep</i> . 2006 ;8(4):329-34.	No	No TAC
45. 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. <i>Psychiatric Rehab J</i> . 2011in;34(3):194-201.	No	El objetivo no es el mismo
46. 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. <i>Brit Med J</i> . 2006;332(7545):815-8A.	Si	

47. 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 Psychiatr Psychiatr Epidemiol. 2009;44(7):532-40.	No	El objetivo no es el mismo
48. King R, Jordan A, Mazurek E, Earle K, Earle E, Runham A. Assertive community treatment-dually diagnosed: The hyphen was the easy part. Mental Health Aspects of Developmental Disabilities. 2009;12(1):1-7.	No	Características actuales de la población atendida por un equipo de TAC
49. Kortrijk HE, Mulder CL, Roosenschoon BJ, Wiersma D. Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. Comm Ment Health J. 2010 Aug;46(4):330-6.	No	El objetivo no coincide con la presente revisión
50. Kortrijk HE, Mulder CL, van Vliet D, van Leeuwen C, Jochems E, Staring ABP. Changes in Motivation for Treatment in Precontemplating Dually Diagnosed Patients Receiving Assertive Community Treatment. Comm Mental Health J. 2013 ;49(6):733-41.	No	No muestra si el TAC es eficaz o no
51. Kortrijk HE, Mulder CL, Drukker M, Wiersma D, Duivenvoorden HJ. Duration of assertive community treatment and the interpretation of routine outcome data. Australian and New Zealand J Psychiatry. 2012 Mar;46(3):240-8.	No	Analiza la relación entre la duración del tratamiento y la evolución clínica
52. Kortrijk HE, Mulder CL, van der Gaag M, Wiersma D. Symptomatic and functional remission and its associations with quality of life in patients with psychotic disorder in Assertive Community Treatment teams. Comprehensive Psychiatry. 2012 ;53(8):1174-80.	No	Tema: Relación entre la remisión clínica y la calidad de vida
53. Kortrijk HE, Staring ABP, van Baars AWB, Mulder CL. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2010 ;45(2):245-52.	No	Estudia el efecto de los ingresos involuntarios dentro del TAC

54. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. Schizophr Bull. 2009 ;35(4):696-703.	No	Estudia los factores de abandono de los tratamientos de salud mental en personas con esquizofrenia
55. Lambert M, Bock T, Schottle 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 Oct;71(10):1313-23.	Si	
56. Lamberti JS, Weisman R, Faden DI. Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. Psychiatr Serv. 2004 ;55(11):1285-93.	No	Prevenir la detención y el encarcelamiento de personas con trastornos mentales graves
57. Leiphart LR, Barnes MG. The client experience of assertive community treatment: A qualitative study. Psychiatric Rehab J. 2005;28(4):395-7.	No	El objetivo no corresponde con el de este estudio
58. Liem SK, Lee CC. Effectiveness of assertive community treatment in hong kong among patients with frequent hospital amissions. Psychiatric Serv. 2013;64(11):1170-2.	Si	
59. Lim CG, Koh CW, Lee C, Poon WC. Community psychiatry in Singapore: A pilot assertive community treatment (TAC) programme. Ann Acad Med Singapore. 2005 n;34(1):100-4.	No	Este tipo de estudio no entra dentro de los criterios de inclusión
60. Low L, Tan YY, Lim BL, Poon WC, Lee C. Effectiveness of assertive community management in Singapore. Ann Acad Med Singapore. 2013;42(3):125-32.	No	Este tipo de artículos no cumple los criterios de inclusión
61. 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.	No	identificar las barreras y facilitadores para la implementación de TAC

Psychiatric Services. 2009 ;60(2):189-95.		
62. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006 (4):Cd004718.	No	No TAC
63. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Withdrawn Paper, 2011, Art. No. CD001089). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011 2011(4).	No	Esta revisión fue retirada
64. Martin G, Costello H, Leese M, Slade M, Bouras N, Higgins S, et al. An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: conceptual, clinical, and service issues. J Intellect Disabil Res. 2005 Jul;49:516-24.	No	Participantes con discapacidad intelectual y no esquizofrenia
65. McCarthy JF, Valenstein M, Dixon L, Visnic S, Blow FC, Slade E. Initiation of Assertive Community Treatment Among Veterans With Serious Mental Illness: Client and Program Factors. Psychiatr Serv. 2009 ;60(2):196-201.	No	El objetivo de este estudio no corresponde con el nuestro
66. 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.	Si	
67. Mohamed S, Rosenheck R, Cuedon T. Who terminates from TAC and why? Data from the National VA Mental Health Intensive Case Management Program. Psychiatr Serv. 2010;61(7):675-83.	No	No estudia la efectividad de un programa de TAC
68. Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2011 ;17(1):17-29.	No	No evalúa el TAC

69. Moser LL, Bond GR. Scope of agency control: assertive community treatment teams' supervision of consumers. <i>Psychiatr Serv.</i> 2009 ;60(7):922-8.	No	El objetivo no es el mismo
70. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. <i>Annu Rev Clin Psychol.</i> 2013;9:465-97.	No	Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia en general
71. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. <i>Lancet.</i> 2004;363(9426):2063-72.	No	Sólo habla de la esquizofrenia
72. Nishio M, Ito J, Oshima I, Suzuki Y, Horiuchi K, Sono T, et al. Preliminary outcome study on assertive community treatment in Japan. <i>Psychiatry Clin Neurosci.</i> 2012 Aug;66(5):383-9.	No	Incluye a 43 participantes
73. Ohlenschlaeger J, Nordentoft M, Thorup A, Jeppesen P, Petersen L, Christensen TO, et al. Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial. <i>Int J Law Psychiatry.</i> 2008 ;31(1):72-6.	Si	
74. Ohlenschlaeger J, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Koster A, Munkner R, et al. Intensive treatment models and coercion. <i>Nord J Psychiatry.</i> 2007;61(5):369-78.	No	No evalúa la eficacia de una intervención con TAC
75. Parker GF. Outcomes of assertive community treatment in an NGRJ conditional release program. <i>J Am Acad Psychiatr Law.</i> 2004;32(3):291-303.	No	Rendimiento de un programa de libertad condicional según TAC
76. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Christensen TO, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. <i>Bmj.</i> 2005;331(7517):602.	Si	
77. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Ohlenschlaeger J, Krarup G, Ostergard T, et al. Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial. <i>Early Interv Psychiatry.</i> 2007 Feb;1(1):88-96.	No	Abuso de sustancias

78. Pinninti NR, Fisher J, Thompson K, Steer R. Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. <i>Comm Ment Health J.</i> 2010 ;46(4):337-41.	No	No realiza una evaluación del TAC
79. Prince JD. Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. <i>J Nerv Ment Dis.</i> 2006 ;194(6):397-403.	No	El objetivo de este estudio no se corresponde con la presente revisión
80. Quee PJ, Wiersma D, Sytema S, Bruggeman R. Cognitive adaptation training combined with assertive community treatment: a randomised longitudinal trial- a comment. <i>Schizophr Res.</i> 140. Netherlands.2012. p. 264-5.	No	Programa de entrenamiento de adaptación cognitiva
81. Salyers MP, Hicks LJ, McGuire AB, Baumgardner H, Ring K, Kim HW. A pilot to enhance the recovery orientation of assertive community treatment through peer-provided illness management and recovery. <i>American Journal of Psychiatric Rehabilitation.</i> 2009;12(3):191-204.	No	No estudia la eficacia de un programa de TAC
82. Salyers MP, Stull LG, Rollins AL, Hopper K. The Work of Recovery on Two Assertive Community Treatment Teams. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.</i> 2011 ;38(3):169-80.	No	Comparación de las características de dos equipos de TAC
83. Satake N, Hazama K, Sono T, Takahashi M, Ito J. Changes in antipsychotic medication in clients of assertive community treatment in Japan: a one-year follow up. <i>Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH.</i> 2011 ;7:1-3.	No	Solo trata del efecto producido sobre la adherencia a la medicación antipsicótica
84. Schonebaum A, Boyd J. Work-ordered day as a catalyst of competitive employment success. <i>Psychiatr Rehabil J.</i> 2012 ;35(5):391-5..	No	Tema: no TAC
85. Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M. Integrated care in patients with schizophrenia: Results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and	No	Esta revisión no trata sobre el TAC

efficiency. <i>Curr Opin Psychiatr.</i> 2013;26(4):384-408.		
86. Scotti P. Recovery as discovery. <i>Schizophr Bull.</i> 2009 ;35(5):844-6.	No	Este tipo de artículos entra dentro de los criterios de exclusión
87. Shean GD. Recent developments in psychosocial treatments for schizophrenic patients. <i>Expert Rev Neurother.</i> 2007;7(7):817-27.	No	Prácticas psicosociales basadas en la evidencia
88. Silverstein SM, Lysaker PH. Progress toward a resurgence and remodeling of psychotherapy for Schizophrenia: Editor's introduction to special issue of clinical case studies. <i>Clin Case Stud.</i> 2009;8(6):407-16.	No	Este tipo de artículos es un criterio de exclusión
89. Slade EP, McCarthy JF, Valenstein M, Visnic S, Dixon LB. Cost savings from assertive community treatment services in an era of declining psychiatric inpatient use. <i>Health Serv Res.</i> 2013;48(1):195-217.	No	El objetivo de este estudio no es el mismo que el de esta revisión
90. Smith SM, Yanos PT. Psychotherapy for Schizophrenia in an TAC team context. <i>Clin Case Studies.</i> 2009;8(6):454-62.	No	Caso clínico
91. Sono T, Oshima I, Ito J. Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. <i>Psychiatr Clin Neurosci.</i> 2008 ;62(5):584-90.	No	Tema: necesidades de los cuidadores familiares en el TAC
92. Stein KF. The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment: a clinical translation. <i>J Am Psychiatr Nurses Assoc.</i> 2011;17(1):30-1.	No	Herramienta para evaluar el TAC
93. Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2007 Aug;116(2):105-12.	Si	

94. Tam C, Law S. Best practices: A systematic approach to the management of patients who refuse medications in an assertive community treatment team setting. <i>Psychiatr Serv.</i> 2007 ;58(4):457-9.	No	no programa de TAC
95. Tempier R, Balbuena L, Garety P, Craig TJ. Does assertive community outreach improve social support? Results from the Lambeth Study of early-episode psychosis. <i>Psychiatr Serv.</i> 2012 Mar;63(3):216-22.	No	Participantes incluidos tienen 16-40 años
96. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the Danish OPUS trial. <i>Schizophr Res.</i> 2005 ;79(1):95-105.	No	Analiza los resultados de un estudio ya incluido en esta revisión
97. Trinh NH, Moore D, Brendel DH. Ethics consultation to PACT teams: balancing client autonomy and clinical necessity. <i>Harv Rev Psychiatry.</i> 2008;16(6):365-72.	No	Dilemas éticos del equipo de TAC
98. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review. <i>J Psychiatric Pract.</i> 2004;10(1):5-16.	No	Terapia cognitivo-conductual
99. Tyrer P, Balod A, Germanavicius A, McDonald A, Varadan M, Thomas J. Perceptions of assertive community treatment in the UK and Lithuania. <i>Int J Soc Psychiatry.</i> 2007 ;53(6):498-506.	No	El objetivo de este estudio no entra dentro de los criterios de inclusión de esta revisión
100. Udechuku A, Oliver J, Hallam K, Blyth F, Leslie M, Nasso M, et al. Assertive community treatment of the mentally ill: service model and effectiveness. <i>Australas Psychiatr.</i> 2005 ;13(2):129-34.	No	Incluye 43 pacticipantes
101. Valenstein M, McCarthy JF, Ganoczy D, Bowersox NW, Dixon LB, Miller R, et al. Assertive community treatment in veterans affairs settings: impact on adherence to antipsychotic medication. <i>Psychiatr Serv.</i> 2013 1;64(5):445-51, 51.e1.	No	Tema: Efecto de TAC sobre la adherencia al tratamiento antipsicótico
102. van Os J. Schizophrenia treatment: content versus delivery. <i>Acta Psychiatr Scand Suppl.</i> 2009	No	No cumple los criterios de inclusión

(438):29-32.		
103. van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PA, 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.	No	
104. Vanderlip ER, Cerimele JM, Monroe-DeVita M. A Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Measures and Patient-Centered Medical Home Standards. Psychiatr Serv. 2013 ;64(11):1127-33.	No	El objetivo de estudio no se corresponde con el nuestro
105. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. J Psychiatr Pract. 2010 ;16(5):306-24.	No	Esta revisión se centra en las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia a la medicación
106. Weisman RL, Lamberti JS, Price N. Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. Psychiatric Quarterly. 2004;75(1):71-85.	No	No valoración del TAC
107. White LM, McGrew JH. Parents Served by Assertive Community Treatment: Prevalence, Treatment Services, and Provider Attitudes. J Behav Health Serv Res. 2013 ;40(3):263-78.	No	No determina la efectividad de un programa de TAC
108. Wilk P, Vingilis E, Bishop JEH, He W, Braun J, Forchuk C, et al. Distinctive Trajectory Groups of Mental Health Functioning Among Assertive Community Treatment Clients: An Application of Growth Mixture Modelling Analysis. Can J Psychiatr. 2013 ;58(12):670-8.	No	El objetivo no corresponde al de la presente revisión
109. Xie H, McHugo G, Sengupta A, Clark R, Drake R. A method for analyzing longitudinal outcomes with many zeros. Mental Health Serv Res. 2004;6(4):239-46.	No	Eficacia de una intervención con TAC

Tabla VII: Resultados de la búsqueda de las bases de datos generales.

Apéndice 4: Estrategia de búsqueda

Pubmed:

"Schizophrenia"[Mesh] AND "assertive community treatment"

Límites: Idiomas español e inglés. Artículos publicados en los últimos 10 años.

Resultados: 52

Scopus:

KEY ("assertive community treatment") AND TITLE-ABS-KEY (schizophrenia).

Límites: 2004-2014; Inglés y español; artículos y revisiones.

Resultados: 49

Web of Science:

Título: ("assertive community treatment") AND **Tema:** (schizophrenia*)

Límites: 2004-2014; Inglés y Español.

Resultados: 55

En total se obtuvieron 156 resultados.

Apéndice 5: Tabla de nivel de evidencia y grado de recomendación

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Tabla VIII. Jerarquía de estudios por el tipo de diseños (USPSTF²¹)

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios)
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios)
C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

Tabla IX. Significado de los grados de recomendación (USPSTF²¹)