

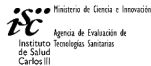
Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2007/14

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



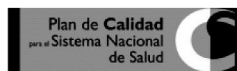
MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación
ic
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud
Carlos III



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Gobierno
de Canarias

Perestelo Pérez L.

Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación / L. Perestelo Pérez... [et al.]. – Madrid : Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, D.L. 2010. –105 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS ; 2007/14)

D.L. TF 1555-2010

ISBN

NIPO 477-10-036-6

1. Enfermedad mental grave 2. Tratamiento asertivo comunitario
3. Manejo de casos
I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Ciencia e Innovación

Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación

Imprime: Litografía Gráficas Sabater

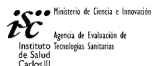
Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud "FUNCIS"

Para citar este informe:

Perestelo Pérez L, Rivero Santana AJ, González Lorenzo M, Pérez Ramos J. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2007/14.



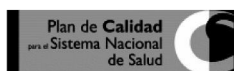
MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud
Carlos III



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



Gobierno
de Canarias

Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer especialmente al Dr. Francisco Rodríguez Pulido, Profesor de la Universidad de La Laguna, Presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (ACN), Director del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) de Tenerife, y principal impulsor del programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) de Tenerife, por su gran contribución científica en el desarrollo del protocolo de esta revisión.

Del mismo modo, los autores de este informe quieren agradecer a D^a. Beatriz Duque González por su apoyo como documentalista en la revisión, así como a D^a. Thaylí María León Plasencia por el apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión, y a D^a. Carmen Bujalance Jiménez por su ayuda en las labores de formato del informe.

Índice

Resumen	9
Summary	13
I. Introducción	17
II. Objetivos	21
II.1. Objetivos primarios	21
II.2. Objetivos secundarios	21
III. Metodología	23
III.1. Diseño	23
III.2. Criterios de selección	23
III.2.1. Tipos de estudios	23
III.2.2. Tipos de participantes	24
III.2.3. Tipos de intervención	25
III.2.4. Tipos de medida de resultados	25
III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios	25
III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios	27
III.5. Extracción y análisis de datos	27
IV. Resultados	29
IV.1. Calidad metodológica	30
IV.2. Características de los estudios incluidos	34
IV.2.1 Características de los participantes	34
IV.2.2 Características de las intervenciones	42
IV.2.3 Características de las medidas de resultado	50
IV.3. Resultados obtenidos	51
IV.3.1. A los 12 meses	51

IV.3.2. A los 15 meses	52
IV.3.3. A los 18 meses	52
IV.3.4. A los 24 meses	55
IV.3.5. A los 36 meses	58
IV.3.6. Resultados globales	69
V. Discusión	73
VI. Conclusiones	77
VII. Implicaciones para la práctica	79
VIII. Implicaciones para la investigación	79
Contribución de los autores y revisores externos	81
Referencias	83
Anexos	87
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	87
Anexo 2. Escala de Jadad	96
Anexo 3. Niveles y grados de evidencia	97
Anexo 4. Referencias Estudios Incluidos	98
Anexo 5. Referencias Estudios Excluidos	101

Resumen

Introducción:

Las personas con trastornos mentales graves presentan un amplio rango de necesidades que el tratamiento convencional se ve limitado para resolver satisfactoriamente, pues en la mayoría de los casos se reduce a una intervención biológica, insuficiente para facilitar los procesos de recuperación personal, social y familiar y laboral, en la sociedad del bienestar. Los programas originales de integración comunitaria de este tipo de pacientes, puestos en marcha tras el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica iniciado en EE.UU. y otros países tras la Segunda Guerra Mundial, no ofrecieron resultados satisfactorios, pues un gran número de pacientes eran reingresados antes de pasar un año de su salida del hospital.

A finales de los años setenta surge el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario (*Assertive Community Treatment* – ACT), con una serie de características bien definidas (equipos multidisciplinares, trabajo compartido, servicios continuos, acercamiento asertivo, etc.) y cuyo principal objetivo se focalizó en dos aspectos: que el paciente no perdiera el contacto con los servicios comunitarios de salud mental, y lograr una reducción de las tasas y duración de los ingresos hospitalarios (y consecuentemente sus costes). En las dos décadas posteriores, se llevaron a cabo diversos estudios que evaluaron la efectividad del modelo ACT frente a la atención tradicional, o frente a otros modelos de atención comunitaria, que aunque comparten los objetivos del ACT, se diferencian de este en los métodos y recursos utilizados. Los resultados de estos estudios mostraron que el ACT era efectivo a la hora de mantener el contacto con los pacientes, y en reducir los ingresos hospitalarios y su duración. Además, se encontró que el ACT produjo mejoras significativas frente a la atención tradicional en resultados referidos a acceso a la vivienda, empleo, y satisfacción con el programa. En general, los efectos encontrados sobre otras variables de resultado referidas a aspectos clínicos y sociales (autoestima, funcionamiento social, calidad de vida, estado mental) no fueron significativos.

La amplia disseminación de los principios del modelo ACT, el progresivo aumento del número de estudios llevados a cabo, así como las supuestas diferencias entre estudios estadounidenses y europeos en función de sus distintos sistemas sanitarios hace necesaria una

actualización de la evidencia de la efectividad del Tratamiento Asertivo Comunitario.

Objetivo:

Identificar la efectividad del Tratamiento Asertivo Comunitario en la integración social de las personas con trastorno mental grave y persistente.

Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las siguientes base de datos electrónicas: MEDLINE, EMBASE, PreMedline, PsycINFO, CRD, The Cochrane Library, CINAHL y SCI, desde 1997 hasta agosto de 2007. El análisis bibliográfico se complementó con el examen de libros de comunicaciones a congresos (vinculados a Jornadas de Psiquiatría y Salud Mental) consultas manuales y vía Internet (sobre publicaciones y proyectos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Instrucciones Internacionales centradas en esta área de investigación).

Criterios de selección:

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que incluían a personas adultas con trastorno mental grave (TMG), definido por los siguientes criterios: a) un diagnóstico psiquiátrico principal de trastorno psicótico de naturaleza crónica (expresado en términos de sistemas de clasificación nosológica internacional: DSM o CIE); b) limitaciones en diferentes áreas del funcionamiento social; y c) presencia de la enfermedad durante dos años o más. Se excluyeron los estudios con personas que presentaran trastorno mental orgánico, trastorno del aprendizaje o trastornos psiquiátricos menores.

Se incluyeron los estudios que implementaran intervenciones basadas en el modelo ACT, y que estuviesen diseñados para lograr la integración o permanencia en la comunidad de las personas con TMG.

Se recabaron datos sobre las siguientes medidas de resultado: número de recaídas, sintomatología, contacto con los servicios sanitarios y sociales, retención del programa, número y duración de hospitalizaciones, funcionamiento social, satisfacción de los pacientes y familiares, reinserción social (vivienda, empleo, ocio).

La selección de los estudios se limitó a aquellos publicados en inglés y/o español.

Recopilación y análisis de datos:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdos entre ellos se acudió a un tercer revisor que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores para la elección del estudio. Una vez identificados los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, se volcaron los contenidos en unas hojas/fichas de extracción de datos diseñadas previamente. Posteriormente la información se clasificó en tablas de evidencia, siguiendo un protocolo estandarizado. La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad. Los artículos y demás productos obtenidos de la literatura científica han sido valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia, con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados:

Una vez eliminados los duplicados, se encontraron 1619 referencias de las que se seleccionaron 288. Tras la lectura del abstract se excluyeron 220 artículos, y de los 68 restantes finalmente se incluyeron 24 (que representan 18 estudios), tras la lectura del texto completo. La calidad media de los estudios fue de 2,33 sobre una puntuación máxima de tres.

Conclusiones:

En función de los resultados obtenidos en esta revisión, especialmente en lo referente a los efectos del ACT en las tasas y duración de las hospitalizaciones, no existe una evidencia sólida sobre las ventajas de este modelo en la actualidad. Existe cierta evidencia de que el modelo ACT es superior al tratamiento usual en el mantenimiento del contacto con los pacientes y la satisfacción de estos, y en menor medida de una mayor estabilidad residencial para aquellos pacientes en situación o en riesgo de encontrarse “sin techo”. Sin embargo, estos resultados tampoco muestran la consistencia que sería deseable a través de los diferentes estudios. Esta ausencia de diferencias podría explicarse en

parte por la posibilidad de que los servicios tradicionales hayan incorporado progresivamente componentes originales del modelo ACT.

Summary

Introduction:

People with serious mental disorders (SMD) present a wide range of needs that conventional treatment is limited to resolve satisfactorily, as in most cases it diminishes to a biological intervention, insufficient to facilitate personal, social, familiar, and work recovery processes, in a well-being society. The original community integration programs for this type of patients, set in motion after the process of psychiatric deinstitutionalisation initiated in USA and other countries after the Second World war, did not offer satisfactory results, since a great number of patients were re-admitted within a year of their discharge from hospital.

At the end of the seventies it arises the Assertive Community Treatment (ACT) Model, with a well defined series of characteristics (multidisciplinary teams, shared work, ongoing services, assertive approximation, etc.) and whose principal aim was focused in two aspects: that patients will not lose contact with community mental health services, and to achieve a reduction of hospital admission rates and duration of stays (and therefore its costs). In the following two decades, diverse studies were carried out that evaluated the ACT model efficiency opposite to traditional services, or opposite to other community services' models, which though they share ACT's aims, differ from this one in methods and resources used. These studies' results showed that ACT was effective supporting contact with patients, and reducing hospital admission rates and duration of stays. In addition, it was found that ACT got significant improvements opposite to traditional services in reference to accessing housing, employment, and satisfaction with the program. In general, the effects found on other result variables in relation to clinical and social aspects (self-esteem, social functioning, quality of life, mental condition) were not significant.

The wide dissemination of ACT model's principles, the progressive increase of the number of studies carried out, as well as the supposed differences between American and European studies depending on their different sanitary systems it makes it necessary an update of the Assertive Community Treatment evidence of effectiveness.

Objectives:

To identify the Assertive Community Treatment effectiveness in the social integration of people with serious and persistent mental disorder.

Search strategy:

The following electronic data bases were consulted: MEDLINE, EMBASE, PreMedline, PsycINFO, CRD, The Cochrane Library, CINAHL and SCI, from 1997 until August, 2007. The bibliographical analysis was completed with the examination of conference papers' books (linked to Psychiatry's and Mental Health's Seminars) manual and Internet searches (on publications and projects of Health Technology Assessment Agencies and International instructions focused on this research area).

Selection criteria:

Randomised Control Trials (RCT) included were those of adult people with SMD, defined by the following criteria: a) a psychiatric primary diagnosis of psychotic disorder of chronic nature (expressed in the international classification manuals: DSM or ICD); b) limitations in different areas of social functioning; and c) presence of the disease for two years or more. The excluded studies were those of people presenting mental organic disorders, learning disorders or minor psychiatric disorders.

There were included studies that implemented interventions based on the ACT model, and that were designed to achieve the community integration or continuance in the community of people with SMD.

Information was obtained on the following results' measures: number of relapses, symptomatology, contact with health and social services, program's retention capacity, number of and duration of hospitalization, social functioning, patients' and relative's satisfaction, social rehabilitation (housing, employment, leisure). The selection of the studies was limited to those published in English and / or Spanish.

Data collection and analysis:

Two revisers carried out the whole process of studies' selection and in case of doubt and / or disagreement between them a third reviser verified the protocol's criteria and tried to come to a consensus with the two revisers to decide on whether the study was eligible or not. Once the studies that fulfil the inclusion criteria were identified, their content was extracted into a separate data extraction sheet. Later the information was classified in evidence tables, following a standardized protocol. The quality of the studies was evaluated using Jadad's scale. The articles and other products obtained from the scientific literature were critically valued depending on quality and evidence degrees, in order to select those of a scientific value in relation to the inclusion and exclusion criteria.

Results:

Once the duplicates were eliminated, there were found 1619 references of which 288 were selected. After the abstracts reading, 220 articles were excluded, and from the reading of the complete text of the 68 remaining ones, there were 24 references included (18 studies) The average quality of the studies was of 2.33 out of 3.

Conclusions:

According to the results obtained in this review, especially in what concerns to ACT effects on hospitalization rates and duration, at present it does not exist solid evidence on the advantages of this model. There exists certain evidence on the ACT model being superior to usual treatment in the maintenance of patients' contact and satisfaction, and in a minor degree there is also some evidence of a major residential stability for those homeless patients or patients at risk of being homeless. Nevertheless, these results do not show the desirable consistency across the different studies. This absence of differences might be explained partly by the possibility that traditional services may have progressively incorporated ACT model components.

I. Introducción

Existe un interés creciente entre los profesionales y gestores asistenciales en salud mental por conseguir que las prácticas en salud mental para las personas con trastorno mental grave (TMG) con demostrada eficacia y efectividad estén disponibles en los ámbitos habituales [1]. Varios grupos han publicado recomendaciones, guías, declaraciones de consenso y algoritmos de tratamiento para la asistencia de adultos con TMG [2-9]. En la literatura especializada, se diferencia el TMG de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y, por regla general, menos discapacitantes) según criterios basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia [10]. La mayor parte de estudios sobre TMG se han centrado en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, si bien es necesario señalar que en este grupo de trastornos más referidos se pueden incluir otros como el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de personalidad o los alimentarios, cuando se manifiestan con una gravedad elevada y requieren para su abordaje de una intervención multidisciplinar.

Las personas con TMG presentan un amplio rango de necesidades que el tratamiento convencional se ve limitado para resolver satisfactoriamente, pues en la mayoría de los casos se reduce a una intervención biológica, insuficiente para facilitar los procesos de recuperación personal, social, familiar y laboral, en la sociedad del bienestar. Por ello, desde hace 30 años, en países como EE.UU., Australia, Reino Unido, Suecia, o Canadá, se han venido implementando y desarrollando otras estrategias organizativas para atender las necesidades específicas de la población psiquiátrica más grave [11-13]. Una de esas prácticas es el Programa para el Tratamiento Asertivo Comunitario (*Program for Assertive Community Treatment* – PACT o ACT). En nuestro país, siguiendo esta corriente internacional, a finales de los años noventa se ha iniciado una iniciativa en este sentido en Avilés (Asturias), y a principios de este siglo ha sido continuada en Tenerife (Canarias) y otras provincias españolas, que intentan organizar la atención de los pacientes con TMG, siguiendo la experiencia acumulada a nivel nacional e internacional. Recientemente, concretamente en el mes de diciembre de 2006, el Consejo Interterritorial de la Salud [14], – basado en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005 –

aprobó la estrategia en salud mental del Sistema Nacional del Salud para el conjunto de las Comunidades Autónomas, y una de sus recomendaciones organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con TMG, ha sido reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida, para lo que se proponen dos modelos de referencia: el «Tratamiento Asertivo Comunitario» y los «Programas de Continuidad de Cuidados».

La práctica del PACT o ACT se originó hace 30 años cuando un grupo de profesionales de salud mental del Mendota Mental Health Institute en Wisconsin se percataron de que muchas personas con trastornos mentales graves recibían el alta de la atención hospitalaria en una condición clínica estable, tan sólo para volver a ingresar tras un período relativamente corto. En lugar de aceptar que las hospitalizaciones repetidas resultaban inevitables, estos profesionales estudiaron la forma en que se ofrecían los servicios de salud mental y trataron de determinar qué se podía hacer para ayudar a las personas con trastornos mentales a llevar una vida más estable dentro de la comunidad. Para ello diseñaron un modelo de asistencia en el que un equipo de profesionales cualificados asume la responsabilidad directa para proporcionar una combinación específica de servicios que necesita cada paciente, durante tanto tiempo como sea necesario [15-18]. En este modelo, el equipo garantiza que los servicios estén disponibles las 24 horas del día, siete días a la semana, y más que enseñar habilidades o prestar servicios en consultas clínicas y esperar que se repliquen en las situaciones de la vida real, los servicios se prestan in situ, es decir, en el escenario y en el contexto en el que surgen los problemas y por tanto donde se necesitan dichas habilidades de asistencia. Elementos esenciales de este modelo terapéutico son: equipos multidisciplinarios con carga de trabajo compartida, integración de los servicios, baja ratio paciente-equipo, contacto en la comunidad, acceso rápido, acercamiento asertivo, y servicios individualizados y continuados en el tiempo.

Los pioneros observaron que la precaria adaptación social y la tendencia al reingreso de los pacientes crónicos-graves, no es una consecuencia directa e ineludible del trastorno que sufren, sino más bien del descuido en el plan de tratamiento de alguno de los siguientes aspectos: (a) necesidades básicas de cualquier individuo: alimentación, alojamiento, atención médica general, acceso a recursos materiales elementales; (b) habilidades para responder a las demandas de la vida comunitaria, como usar el transporte público, administrar un presupuesto doméstico o saber cocinar una alimentación básica

(habilidades que sólo es posible “rehabilitar en vivo”, sobre el terreno en que han de ser ejercidas); y (c) motivación para perseverar en intentar mantenerse implicados en el proceso de rehabilitación.

Al estudio inicial de validación del modelo llevado a cabo por Stein y Test [19] siguieron otros trabajos de replicación en diferentes estados de EE.UU., cuyos resultados positivos alentaron la diseminación del modelo, y ya en el año 1996 se habían reportado al menos 396 equipos de ACT en 34 estados del país [20].

En 1998, Marshall et al. llevaron a cabo una revisión sistemática Cochrane [21] sobre la efectividad del modelo ACT, con criterios metodológicos estrictos. Estos autores concluyeron que el ACT era superior a la atención tradicional para mantener el contacto con los pacientes y en las tasas y duración de las hospitalizaciones. Al mismo tiempo, se encontraron resultados significativamente favorables al modelo ACT en cuanto al estatus residencial, los resultados de empleo y el nivel de satisfacción con el programa. No obstante, no se encontraron diferencias en funcionamiento social, autoestima, estado mental y calidad de vida.

En el mismo trabajo también se ofrecían comparaciones entre el modelo ACT por un lado, y la rehabilitación en el hospital y gestión de casos por el otro; aunque los resultados respecto al contacto con los servicios y las hospitalizaciones iban en la misma línea que los comentados anteriormente, los datos disponibles fueron considerados por los autores como insuficientes para establecer conclusiones firmes.

De esta manera y volviendo a la comparación “ACT frente a la atención tradicional”, los autores planteaban la cuestión de si, dados los resultados obtenidos, era necesario realizar más ensayos clínicos al respecto, al menos dentro de los EE.UU. Este último matiz resulta relevante, pues en dicha revisión sólo se documentaron dos estudios realizados en Europa (Suecia y Reino Unido), que no obtuvieron diferencias en las variables de interés. Por tanto, en ese momento comienza a tomar especial interés la cuestión de si los resultados obtenidos en EE.UU. pueden generalizarse a los países europeos, especialmente aquellos con unos servicios de atención primaria altamente desarrollados.

Prácticamente una década después, sigue sin existir evidencia científica clara sobre la efectividad del modelo ACT en Europa, pues los estudios realizados se han centrado más en la gestión intensiva de casos, no se han focalizado en individuos difíciles de captar e implicar para el tratamiento [22,23], y cuando así ha sido, no se han encontrado diferencias frente a la atención tradicional [24].

Por tanto, y a la luz de la evidencia científica obtenida hasta el momento, sigue abierta la cuestión sobre las posibles diferencias entre los sistemas de atención sanitaria de los diferentes países y si estas diferencias pueden explicar algunas de las discrepancias encontradas en los resultados.

De esta manera y retomando los resultados obtenidos en los estudios desarrollados en los EE.UU., en los que el modelo ACT se encuentra ampliamente diseminado [25], estudios posteriores se han focalizado en cuestiones más específicas relacionadas con la implementación del modelo o la población objetivo: individuos con TMG más trastorno por uso de sustancias [26], delincuencia [27], ACT en contextos rurales [28], etc. Encontrándose que, en muchos casos, los resultados de estos nuevos trabajos no han logrado replicar los obtenidos en los estudios precedentes. Una posible explicación para este hecho podría consistir en que debido al éxito inicial y la consecuente popularidad del ACT, ciertos elementos de este modelo han podido ser gradualmente incorporados a la atención tradicional, mejorando así la efectividad de los modelos de comparación en los ensayos clínicos.

En síntesis, parece existir un convencimiento basado en la evidencia que sostiene que el modelo ACT es efectivo, por lo que actualmente la atención se dirige fundamentalmente a evaluar el efecto diferencial de los diferentes componentes del modelo, la fidelidad de su implementación y el contexto en el que se aplica [29,30].

En este sentido, esta revisión sistemática pretende actualizar, una década después, la evidencia científica disponible respecto al modelo ACT de atención comunitaria a pacientes con TMG, así como valorar la influencia de su implementación en diferentes contextos sociales y asistenciales.

II. Objetivos

II.1. Objetivos primarios

Identificar la efectividad del Tratamiento Asertivo Comunitario en la integración social de las personas con trastorno mental grave y persistente, en relación con los diferentes contextos de aplicación.

II.2. Objetivos secundarios

- Identificar instrumentos de fidelidad de la implementación de los programas ACT.
- Identificar efectos adversos del ACT según los pacientes o familiares.

III. Metodología

III.1. Diseño

Se desarrolló un protocolo detallado que describe las siguientes etapas del proceso: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión), 2) búsqueda de los artículos relevantes que han sido publicados, 3) selección de los títulos y abstracts que cumplan los criterios de selección, 4) revisión de los artículos completos que representan los estudios potencialmente seleccionados, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios seleccionados y extracción de los datos de interés, y 6) análisis y síntesis de los datos.

III.2. Criterios de selección

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

III.2.1. Tipos de estudios

La revisión integra la información de los estudios primarios publicados sobre el tema hasta agosto 2007. La selección de estudios se limita a aquellos publicados en los idiomas inglés y español.

III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios que se incluyeron siguen el siguiente diseño de estudio:

- Ensayos controlados aleatorizados (ECA)
- Se incluyeron estudios de coste-efectividad siempre y cuando se refiriesen a un ECA previo y ofreciesen datos sobre efectividad que no estuviesen disponibles en otro artículo.

III.2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión los estudios que seguían alguno de estos diseños o métodos de estudio:

- Revisiones sistemáticas.
- Ensayos clínicos controlados.
- Estudios de cohortes, otros estudios observacionales.
- Estudios comparativos intragrupo.
- Estudios de evaluación económica.
- Estudios cualitativos.
- Revisiones históricas.
- Estudios de un solo caso.
- Consenso de expertos.

III.2.2. Tipos de participantes

Se incluyeron los estudios que incluían personas con Trastorno Mental Grave y Persistente. Si bien no se han desarrollado criterios homogéneos para definir este concepto, probablemente la definición más consensuada es la ofrecida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. [31], que se refiere a trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), de duración mayor a dos años, y que producen disfunción moderada o severa sobre el funcionamiento laboral, social, y/o familiar.

III.2.2.1. Criterios de inclusión

Estudios con personas con trastornos mental grave y persistente entre 18 y 65 años que no se encuentren en fase aguda de la enfermedad.

III.2.2.2. Criterios de exclusión

Estudios con personas con trastornos mentales orgánicos asociados a trastorno mental grave (TMG).

III.2.3. Tipos de intervención

III.2.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron los estudios en los que se llevaron a cabo intervenciones basadas en el modelo de ACT, y que estuviesen diseñados para lograr la integración o permanencia en la comunidad de las personas con TMG.

III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis los estudios centrados en estrategias de intervención en crisis o los programas de derivación al hospital.

III.2.4. Tipos de medida de resultados

III.2.4.1. Criterios de inclusión

Las medidas de resultados de los estudios que se incluyeron en esta revisión evalúan los siguientes aspectos:

- Número de recaídas.
- Grado de cambio en su estado mental.
- Contacto con los servicios sanitarios y sociales.
- Número y duración de hospitalizaciones.
- Funcionamiento social.
- Satisfacción de los pacientes.
- Satisfacción de las familias.
- Reinserción social (vivienda, empleo, ocio).

III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios

Para la búsqueda de estudios se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas de medicina y ciencias sociales: MEDLINE, EMBASE, PreMedline, PsycINFO, CRD, The Cochrane Library, CINAHL y SCI, desde 1997 hasta agosto de 2007. El análisis bibliográfico se completó con los artículos, comunicaciones y publicaciones en relación con el

Tratamiento Asertivo Comunitario. La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo I.

El proceso de selección y valoración de la calidad de los estudios, se realizó por dos revisores de forma independiente y en caso de duda y/o desacuerdos entre los dos revisores se acudió a un tercer revisor, que comprobó los criterios del protocolo intentando llegar a un consenso con los otros dos revisores para la selección del estudio.

La selección de los estudios se realizó a partir de los abstracts recuperados en las bases de datos según los criterios de inclusión-exclusión antes citados y previa valoración de la relevancia para esta revisión. A continuación, se recuperaron las publicaciones completas, incluyendo todas aquellas en las que su elegibilidad no se pudo determinar por el abstract, volviendo a comprobar la concordancia con los criterios de la revisión.

Una vez seleccionados los artículos, se extrajeron posibles referencias de interés (nacional e internacional). Además se intentó contactar con los autores con mayor actividad en ésta área para solicitarles otras posibles referencias publicadas.

En la tabla 1 se describen las bases de datos electrónicas que fueron consultadas y el período de búsqueda establecido inicialmente.

Tabla 1. Descripción de la búsqueda electrónica		
Base de datos	Periodo de búsqueda	Fecha acceso
MEDLINE	1997- agosto 2007 (semana 1)	13 de agosto de 2007
EMBASE	1996- 2007 (semana 32)	13 de agosto de 2007
PreMedline	Agosto 2007	13 de agosto de 2007
PsycInfo	1997-actualidad	13 de agosto de 2007
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	1997-actualidad	14 de agosto de 2007
Cochrane (revisiones y CENTRAL)	Versión 2007, n° 2	14 de agosto de 2007
CINAHL	1997-agosto 2007 (semana 2)	14 de agosto de 2007
Science Citation Index (SCI)	1997 2007	14 de agosto de 2007

III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó por dos revisores de forma independiente. En caso de duda y/o desacuerdos entre los dos revisores se procedió a resolverlas comprobando inicialmente los criterios del protocolo y, posteriormente, por consenso.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad [32] (ver Anexo 2).

III.5. Extracción y análisis de datos

Los artículos obtenidos en la búsqueda de la literatura científica fueron valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia (ver Anexo 3), con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez identificados los estudios que cumplieran con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los datos (se dispuso de una hoja/ficha de extracción de datos para los ensayos clínicos). Posteriormente se clasificó la información en tablas de evidencia, siguiendo el protocolo estandarizado.

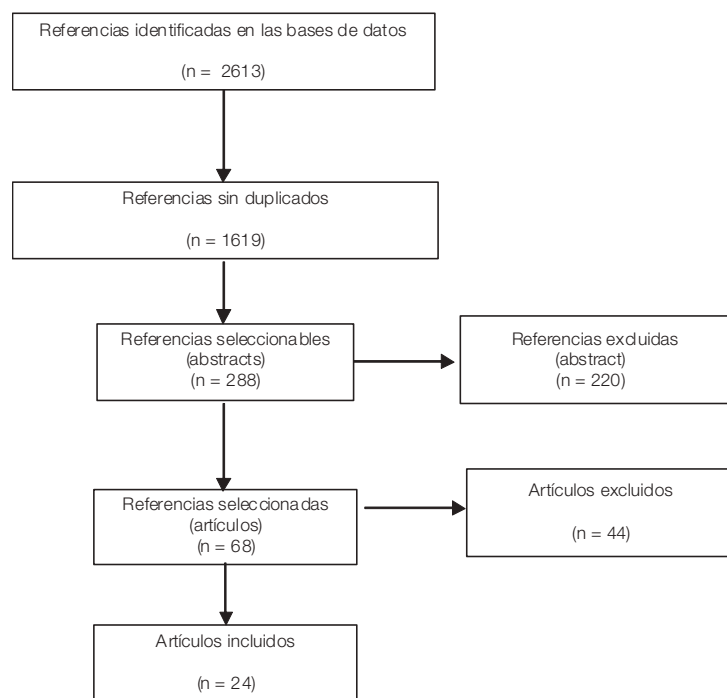
El protocolo estándar consideró la información general sobre el estudio y la información específica sobre las características del estudio y las medidas utilizadas para valorar los resultados. Se recopilaron datos sobre los siguientes aspectos:

- Primer autor del estudio.
- Año de publicación.
- Ciudad y país de origen del estudio.
- Capacidad de captación y retención en el programa.
- Uso de servicios y el nivel de satisfacción con ellos.
- Sintomatología.
- Hospitalizaciones.
- Calidad de vida relacionada con la salud.
- Nivel de funcionamiento.
- El uso y abuso de sustancias.
- Resultados relacionados con el empleo.
- Actividad delictiva.

IV. Resultados

En el proceso de lectura de títulos y resúmenes obtenidos en las distintas bases de datos, se revisaron 1619 referencias de las que se seleccionaron 288. Tras la lectura del abstract se excluyeron 220 artículos, y de los 68 restantes finalmente se incluyeron 24 (que representan 18 estudios), tras la lectura del texto completo. En los Anexos 4 y 5 se muestran los estudios incluidos y excluidos respectivamente. La secuencia de la revisión se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Proceso de selección de referencias



Los estudios incluidos son¹: 1) Calsyn (2005), Morse (2006); 2) Chandler (1999); 3) Cosden (2005); 4) Dekker (2002); 5) Drake (1998); 6) y 7) Essock (1998, 2006); 8) Fekete (1998); 9) Gold (2006); 10) Herinckx (1997), Clarke (2000); 11) Jerrell (1999); 12) Killaspy (2006); 13) Lehman (1997); 14) Macias (2006), Schonebaum (2006); 15) McHugo (2004); 16) Morse (1997), Calsyn (1998, 2002), Kenny (2004); 17) Salkever (1999); 18) Sytema (2007).

IV.1. Calidad metodológica

Para evaluar la validez de los estudios incluidos, se utilizó la escala de Jadad (Anexo 2). Esta es una escala en la que se obtienen puntuaciones que oscilan entre 0 y 5 puntos. La escala utiliza tres criterios: i) la aleatorización, ii) el enmascaramiento o cegamiento, y iii) el control de las pérdidas en el seguimiento.

El método de puntuación consiste en asignar un punto cuando se cumple el criterio y cero puntos cuando no se cumple, además, se da un punto adicional (bonificación) cuando se describe el método de aleatorización y además éste es adecuado, y un punto más cuando se describe el método de enmascaramiento (del paciente y del investigador) y además éste es adecuado. Se resta un punto si el método de aleatorización se describe pero es inadecuado y un punto si se describe el método de enmascaramiento pero es inadecuado. El ocultamiento de la asignación ofrece una evaluación de la buena ejecución del esquema de asignación.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa no se aplicará la categoría de cegamiento, en la medida que en este tipo de intervenciones no es posible cegar a los participantes ni al equipo que implementa el programa. Por tanto las puntuaciones en calidad oscilarán entre 0 y 3.

¹ En adelante, las referencias de los estudios incluidos en la revisión aparecerán de la siguiente forma: Primer autor y año

Tabla 2. Nivel de calidad (Escala de Jadad) de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)	Ocultamiento de la Asignación	Nivel de Evidencia
Calsyn 2005 Morse 2006 Missouri (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Chandler 1999 California (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Cosden 2005 California (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Dekker 2002 Amsterdam (Holanda)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Drake 1998 New Hampshire (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Essock 1998 Connecticut (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Essock 2006 Connecticut (EE.UU.)	3	2	0	1	Desconocido	IB
Fekete 1998 Indiana (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB

Tabla 2. Nivel de calidad (Escala de Jadad) de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)							
Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)	Ocultamiento de la Asignación	Nivel de Evidencia	
Gold 2006 Carolina del Sur (EE.UU.)	3	2	0	1	Estadístico independiente	IB	
Herinckx 1997 Clarke 2000 Oregon (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB	
Jerrell 1999 California (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB	
Killaspy 2006 North London (Reino Unido)	3	2	0	1	Sobres sellados	IB	
Lehman 1997 Maryland (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB	
Macias 2006 Schonebaum 2006 Massachusetts (EE.UU.)	3	2	0	1	Desconocido	IB	
McHugo 2004 Washington (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB	
Morse 1997 Calsyn 1998, 2002 Kenny 2004 Missouri (EE.UU.)	3	2	0	1	Sobres sellados	IB	

Tabla 2. Nivel de calidad (Escala de Jadad) de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)	Ocultamiento de la Asignación	Nivel de Evidencia
Salkever 1999 Carolina del Sur (EE.UU.)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Sytema 2007 Winschoten (Holanda)	3	2	0	1	Desconocido	IB

En la tabla 2 se pueden observar las puntuaciones de calidad para cada ECA incluido en esta revisión. La puntuación media de calidad obtenida fue de 2,33 (DT = 0,49). En el apartado de aleatorización se obtuvo una media de 1,33 (DT = 0,49) sobre dos puntos posibles; seis estudios describen el método de aleatorización correctamente y reciben un punto de bonificación. Todos los estudios ofrecen datos de seguimiento y pérdidas, siendo este un requisito necesario en el tipo de intervención analizada.

IV.2. Características de los estudios incluidos

En la tabla 3 pueden verse las principales características de los estudios incluidos.

IV.2.1 Características de los participantes

En la mayoría de estudios existe un mayor porcentaje de hombres (37,8%-79%), con un rango de edad media que oscila entre 34,8 y 41,5 años. Los trastornos del espectro esquizofrénico son los trastornos mentales más comunes en los estudios, con tasas que van desde el 32% hasta el 76%. En algunos casos, la mayoría de los participantes presentaban también un trastorno por uso de sustancias (Lehman 1997), siendo éste de hecho, un criterio de selección en algunos casos (Calsyn 2005, Drake 1998, Essock 2006). En otros estudios, se eligieron participantes que además de presentar un TMG se encontrasen sin hogar (Calsyn 2005, Essock 2006, Morse 1997, Lehman 1997, McHugo 2004). Los estudios de Gold (2006) y Macias (2006) se centran fundamentalmente en los resultados de empleo, con lo que los participantes en estos estudios tenían que estar desempleados al inicio del estudio. En Cosden (2005), se trataba de personas con TMG y acusadas de delitos no violentos; en Morse (1997), se excluyeron aquellas personas que habían cometido delitos graves.

Tabla 3. Características de los estudios incluidos								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUI-MIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Calsyn 2005 Morse 2006 Missouri (EE.UU.)	196	26,5%	Personas con TMG y trastorno por uso (abuso o dependencia) de sustancias, sin hogar Diagnóstico (DSM-IV): - 51% Esquizofrenia	40,4	79%	24 meses	G1: tratamiento integrado (ACT + tratamiento para el trastorno por uso de sustancias) G2: ACT G3: tratamiento estándar	Delitos Arrestos Encarcelaciones Citaciones judiciales Satisfacción con el programa Residencia estable Sintomatología (BPRS) Uso de sustancias
Chandler 1999 California (EE.UU.)	60	6,7%	Personas con TMG, residentes en unidad de larga estancia para subagudos Diagnóstico: - 61% Esquizofrenia - 33,8% Trastorno esquizoafectivo - 5% Otro trastorno psicótico	-	61%	15 meses	G1: ACT con sistema capiativo de financiación (n = 30) G2: servicios usuales (n = 30)	Integración y mantenimiento en la comunidad Calidad de vida (QOLI) Estatus residencial, satisfacción y preferencias sobre este estatus Satisfacción con servicios (CSS)
Cosden 2005 California (EE.UU.)	235	30%	Personas con TMG, fichados por delito grave o menor Diagnóstico: - 34,9% Trastorno del ánimo - 32,3% Esquizofrenia/psicosis - 22,1% Trastorno bipolar - 10,6% Otros	-	50,2%	24 meses	G1: ACT (n = 137) G2: servicios usuales (n = 98)	Conductas delictivas Sintomatología (BASIS-32) Calidad de vida (QOL-SF) Funcionamiento global (GAF) Uso de sustancias (AS)

Tabla 3. Características de los estudios incluidos									
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUI-MIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES	
Dekker 2002 Amsterdam (Holanda)	101	-	Pacientes con historia larga de atención psiquiátrica	-	-	24 meses	GI: ACT (n = 51) GC: pacientes externos e internos (n = 50)	Funcionamiento global (GAF) Sintomatología (BPRS, SCL-90-R) Funcionamiento social (GSBQ) Hospitalizaciones	
Drake 1998 New Hampshire (EE.UU.)	223 mc.(7)	9%	Personas con TMG y trastorno por uso (abuso o dependencia) de sustancias Diagnóstico (DSM-III-R): - 53,4% Esquizofrenia - 22,4% Trastorno esquizoafectivo - 24,2% Trastorno bipolar	34	74,4%	36 meses	GI: ACT (n = 109) GC: manejo de casos estándar (n = 114)	Uso de sustancias (ASI, test de laboratorio, y evaluación clínica: AUS, DUS, SATS) Residencia Hospitalizaciones Sintomatología (BPRS) Calidad de vida (QOLI)	
Essock 1998 Connecticut (EE.UU.)	262 mc.(3)	-	Personas con TMG y con alto uso de servicios psiquiátricos en los últimos dos años y déficit funcionales Diagnóstico (DSM-III-R) en submuestra de 191 pacientes: - 67% Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo - 17% Trastorno bipolar - 12% Depresión mayor - 4% Otros trastornos	-	64%	18 meses	GI: ACT GC: manejo de casos estándar	Hospitalizaciones Calidad de vida (QOLI) Sintomatología (SCL-90-R)	

Tabla 3. Características de los estudios incluidos								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUI-MIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Essock 2006 Connecticut (EE.UU.)	205 mc.(2)	12,7%	Personas con TMG y trastorno por uso (abuso o dependencia) de sustancias, sin hogar y con elevado uso de servicios psiquiátricos en los últimos dos años Diagnóstico (DSM-III-R): - 76% Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo - 17% Trastorno del ánimo - 6% Otros	36,5	72%	36 meses	GI: ACT (n = 99) GC: manejo de casos estándar (n = 99)	Uso de sustancias (ASI), test de laboratorio, y evaluación clínica: AUS, DUS, SATS) Residencia Sintomatología (BPRS) Calidad de vida (QOLI) Funcionamiento global (GAS)
Fekete 1998 Indiana (EE.UU.)	160 mc.(4)	15%	Personas con TMG, mayores de 18 años, con poca utilización de los servicios de salud mental comunitarios, y elevado uso de servicios psiquiátricos, con dificultades legales o de residencia Diagnóstico (DSM-III-R): - 48% Esquizofrenia - 32% Trastorno afectivo - 20% Otros trastornos	38,1	43%	24 meses	GI: ACT (dos grupos; n = 117) GC: atención usual (n = 61)	Hospitalizaciones Calidad de vida (QOLI) Satisfacción con servicios Funcionamiento global (LOF, GAF) Sintomatología (BPRS) Residencia Resultados vocacionales Arrestos
Gold 2006 Carolina del Sur (EE.UU.)	143	38,9%	Participantes mayores de 18 años, desempleados y con TMG según los criterios del Center for Mental Health Service	18-25: 12,6% 26-45: 70,6% >46:	37,8%	24 meses	GI: ACT+ IPS (n = 66) GC: programa tradicional de rehabilitación	Tasas de empleo competitivo Empleos finalizados Ingresos Semanas y horas

Tabla 3. Características de los estudios incluidos								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUI-MIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
			Diagnóstico (DSM-IV): - 68,5% Trastorno del espectro esquizofrénico - 31,5% Trastornos del estado de ánimo	16,8%			vocacional (n = 77)	trabajadas Síntomas (PANSS) Calidad de vida (QOLI)
Herinckx 1997 Clarke 2000 Oregon (EE.UU.)	178	40%	Personas con TMG, mayores de 18 años Diagnóstico (DSM-III-R): - 59,5% Esquizofrenia - 40,5% Otro trastorno del eje I	36,5	61%	29 meses	GI: ACT (dos grupos; n = 117 usuario, no-usuario) GC: atención usual (n = 61)	Captación y retención Hospitalizaciones y uso de urgencias Residencia Arrestos
Jerrell 1999 California (EE.UU.)	185	34%	Personas con TMG, con internamiento psiquiátrico en el último año Diagnóstico (DSM-III-R): - 75% Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo	-	56%	6 y 12 18 meses	GI1: ACT GI2: IBM GC: CTM	Sintomatología (C-DIS-R) Satisfacción con la vida (SLS) Funcionamiento social (SAS-II, RFS)
Killaspy 2006 North London (Reino Unido)	251	32%	Personas con TMG, que vivieran independientes o con poco apoyo, bajo la atención del equipo comunitario de salud mental al menos durante 12 meses, y con elevada tasa de hospitalizaciones recientes Diagnóstico: - 52,3% Esquizofrenia	39	58,6%	18 meses	GI: ACT (n = 127) GC: equipo comunitario de salud mental (n = 124)	Nº de días hospitalizados Satisfacción con los servicios (CSQ, modificado) Sintomatología (BPRS) Funcionamiento social (LSP) Calidad de vida (MANSA)

Tabla 3. Características de los estudios incluidos								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUI-MIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
			- 12,7% Trastorno esquizoafectivo - 4% Trastorno bipolar - 3,2% Trastorno delirante - 0,8% Depresión mayor - 5,6% Otro trastorno					Incidentes graves (autolesiones, violencia, contactos con la policía y servicios forenses) Calidad del compromiso (HEAS adaptada) Abuso de sustancias (CADS)
Lehman 1997 Maryland (EE.UU.)	152	17,8%	Personas con TMG y sin hogar (71% con trastorno comórbido por uso de sustancias) Diagnóstico (DSM-III-R): - 44% Esquizofrenia - 14% Trastorno esquizoafectivo - 20,4% Trastorno bipolar - 8,6% Trastorno depresivo - 12,5% Otro trastorno del eje I	37	67%	2 y 6 12 meses	GI: ACT (n = 77) GC: atención estándar (n = 75)	Residencia estable Calidad de vida (QOLI, SF-36) Sintomatología (CSI)
Macías 2006 Schönebaum 2006 Massachusetts (EE.UU.)	177	16%	Personas con TMG, mayores de 18 años, desempleados, CI > 60, no habían participado anteriormente en estos programas	38,1	54,6%	30 meses	GI: casa club (n = 89) GC: ACT (n = 88)	Captación y retención Tasas de consecución de empleo Duración del empleo Horas trabajadas Salarios ganados
McHugo 2004	121	15,7%	Personas con TMG y sin hogar	39,9	47,9%	18 meses	GI: Programa	Días sin hogar

Tabla 3. Características de los estudios incluidos								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUI-MIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Washington (EE.UU.)			Diagnóstico: - 72,7% Trastorno del espectro esquizofrénico - 27,3% Trastorno del ánimo				integrado (servicios de alojamiento + manejo de casos) (n = 161) GC: Programa paralelo (servicios de alojamiento + ACT) (n = 160)	Satisfacción con el hogar y el vecindario Síntomatología (CSI) Abuso de sustancias (TLFC) Satisfacción con la vida (GOLI) Uso de servicios (TSF)
Morse 1997 Calsyn 1998, 2002 Kenny 2004 Missouri (EE.UU.)	165	18,1%	Personas con TMG y sin hogar o en riesgo de ello Diagnóstico (DSM-III-R): - 66% Esquizofrenia - 15% Depresión recurrente - 13% Trastorno bipolar - 12% Psicosis atípica - 3% Trastorno paranoide - 1,2% Demencias	34,8	58%	18 meses	GI: ACT (dos grupos; con y sin trabajadores comunitarios) (n = 105) GC: Modelo de agencia de servicios (n = 60)	Residencia estable Síntomatología (BPRS) Satisfacción Ingresos Uso de sustancias (AS) Relaciones sociales (ASSIS, PSNAS; resultados a los 21 meses)
Salkever 1999 Carolina del Sur (EE.UU.)	173	16,8%	Personas con TMG, mayores de 18 años, con historia o riesgo de alto uso de servicios psiquiátricos Diagnóstico: - 65% Trastorno del espectro esquizofrénico - 35% Trastorno bipolar u otros	35,5	54,9%	18 meses	GI: ACT (dos grupos; n = 104) GC: atención estándar (n = 69)	Uso hospitalario

Tabla 3. Características de los estudios incluidos								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Sytema 2007 Wijnshoten (Holanda)	118	31,4%	Personas con TMG Diagnóstico: - 51,7% Esquizofrenia - 1,7% Trastorno esquizoafectivo - 3,4% Trastorno bipolar - 13,6% Trastorno delirante - 13,6% Depresión mayor - 15,3% Otro trastorno	41,5	68,6%	12 meses	GI: ACT (n = 59) GC: atención estándar (n = 59)	Contacto sostenido Residencia estable Hospitalizaciones Sintomatología (BPRS) Funcionamiento social (SFS) Abuso de drogas y alcohol (DAL) Calidad de vida (MANSA) Satisfacción con servicios (CSQ)

ACT: Assertive Community Treatment; ASI: Addiction Severity Index; ASSIS: Arizona Social Support Interview Schedule; AUS: Alcohol Use Scale; BASIS-32: Behaviour and Symptom Identification Scale-32; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; CADS: Clinician Alcohol and Drug Scale; C-DIS-R: Computerized Diagnostic Interview Schedule Revised; CI: Cociente intelectual; CSI: Colorado Symptom Index; CSQ: Client Satisfaction Questionnaire; CSS: Client Satisfaction Scale; CTM: Clinical Team Model; DALI: Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument; DUS: Drug Use Scale; GAF: Global Assessment Functioning; GAS: Global Assessment Scale; GC: Grupo Control; GI: Grupo de Intervención; GSBQ : Groningen Social Behaviour Questionnaire; IBM: Intensive Broker Model; IPS: Individual Placement and Support; LOF: Indiana Level of Functioning; LSP: Life Skills Profile; mc: multicéntrico (n° de centros); MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Care; PANSS: Positive and Negative Symptom Scale; PSNAS: Personality and Social Network Adjustment Scale; QOL-I: Quality of Life Interview; QOL-SF: Quality of Life Self-Report; RFS: Role Functioning Scale; SAS-II: Social Adjustment Scale-II; SATS: Substance Abuse Treatment Scale; SCL-90-R: Symptom Check List-90; SF-36: Short Form Health survey; SFS: Social Functioning Scale; SLS: Satisfaction with Life Scale; TLFC: Time-life Follow-back Calendar; TMG: Trastorno Mental Grave; TSR: Treatment Services Review

IV.2.2 Características de las intervenciones

El Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) se define por una serie de características específicas de este modelo de servicios basados en la comunidad (equipos multidisciplinarios, trabajo compartido, intensidad y continuidad de los servicios, etc.). Sin embargo, tratándose de una intervención psicosocial de amplio espectro, es lógico que existan diferencias cualitativas y cuantitativas en su implementación en diferentes lugares, ya sea por las características de los servicios de salud mental ya existentes, las políticas sociosanitarias llevadas a cabo en la zona en cuestión, o las características de la población específica objeto de tratamiento (que además de TMG pueden presentar trastornos mentales comórbidos, abuso de sustancias, o tratarse de personas “sin-techo” o en riesgo de encontrarse en tal situación). De este modo, se pueden apreciar algunas variantes en las “ofertas” de servicios establecidas en los diferentes estudios, observándose que no en todos los programas ACT implementados se ofertaron servicios vocacionales, de acceso a la vivienda, o para el tratamiento por abuso de sustancias.

En dos estudios, el programa ACT representaba el grupo de comparación: McHugo (2004), donde se implementaba en paralelo con un programa de alojamiento apoyado, frente a la implementación integrada de un programa de manejo de casos estándar y servicio de alojamiento, y Macias (2006), donde el programa de casa-club (*clubhouse model*) representaba el grupo de intervención, dirigida principalmente a resultados vocacionales.

En Jerrell (1999) había un tercer grupo en el cual se implementó un programa de manejo intensivo de casos, si bien la comparación se realizó frente al modelo de equipo clínico. En Cosden (2005) la intervención en ACT se realizó en el marco de un tratamiento en salud mental para delincuentes no violentos (*Mental Health Treatment Court*). En Gold (2006) el programa ACT se complementó con un programa de apoyo al empleo según el modelo de colocación y apoyo individualizado (*Individual Placement and Support*). Este último estudio, y el de Fekete (1998) se realizaron en zonas rurales.

En la tabla 4 se ofrece un resumen de las características específicas de los programas llevados a cabo en cada uno de los estudios incluidos, así como las escalas utilizadas para evaluar la fidelidad de la implementación al modelo ACT, y los resultados obtenidos.

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
Calsyn 2005 Morse 2006 Missouri (EE.UU.)	ACT: Implementado en dos agencias de salud mental, cuyo equipo recibió entrenamiento intensivo y asesoramiento mensual. Para el tratamiento por adicción los individuos eran enviados a otras agencias. Tratamiento integrado (TI): en una agencia que aplicaba ACT desde hace 10 años, se reclutaron especialistas en adicciones y se entrenaron para tratar a los pacientes con diagnóstico doble (con TMG y problemas de adicción). Tratamiento indefinido en casa de los clientes u otras ubicaciones comunitarias. Frecuencia de contactos determinada por las necesidades del individuo.	Control: se les dio a los clientes una lista con agencias de salud mental y/o tratamiento por abuso de sustancias (la mayoría uno u otro, pero no ambos). Se les asistió en el contacto inicial con la agencia elegida, incluyendo transporte.	Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) más nueve ítems añadidos sobre servicios para el tratamiento de abuso de sustancias y tratamiento integrado. Puntuaciones de 3,83 y 3,64 (sobre 5) para los dos programas de ACT el segundo año. Buena fidelidad con algunas excepciones (control de admisiones y altas hospitalarias, menos tiempo del recomendado para servicios psiquiátricos y vocacionales).
Chandler 1999 California (EE.UU.)	Programa STRIDES: cercano a ACT. Ratio 1/6,2. Todo el equipo con todos los clientes. Servicio de crisis continuo. Sin especialistas en empleo o abuso de sustancias.		Community Program Philosophy Scale (CPPS) Se utilizaron cinco subescalas: se obtuvieron altas puntuaciones en "Innovación", "Claridad", "Implicación en el trabajo", y "Cohesión", y puntuaciones moderadas en "Apoyo y supervisión".

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
Cosden 2005 California (EE.UU.)	"Mental Health Treatment Court" para delincuentes con delitos no violentos, más un programa ACT (no indefinido, 18 meses). Ratio 1/15. Programas vocacionales, entrenamiento en habilidades, y tratamiento para abuso de sustancias.	Manejo de casos, ratio 1/50, servicios de salud mental (variabilidad según condado).	-
Dekker 2002 Ámsterdam (Holanda)	Contacto en la comunidad. Una diferencia con ACT: la cobertura 24 horas no la ofrecía el equipo, por las noches y fines de semana se transfería a un equipo de crisis (en el mismo edificio). Ratio 1/18-30, contacto una o dos veces por semana en la casa del paciente.	Atención ambulatoria estándar.	-
Drake 1998 New Hampshire (EE.UU.)	Programa ACT con cuatro criterios adicionales para trastornos duales.	Con muchas de las características de ACT, pero doble ratio (1/25) por lo que los clínicos ofrecen poco servicio, y en general delegan los pacientes a otros especialistas y centros mentales. Menor intensidad de servicios, sin especialización en trastorno dual, menos tratamiento individualizado para abuso de sustancias, acercamiento menos	ACT supera significativamente al control en diez de trece criterios definitorios del modelo.

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
Essock 1998 Connecticut (EE.UU.)	Equipo multidisciplinar, reuniones diarias, ratio 1/5-7. Tratamiento externo y otros servicios de apoyo.	multidisciplinar. Ofrecido por la misma agencia, ratio 1/25-30, menos intensidad de servicios, sin acercamiento conjunto, acceso a los mismos servicios, pero mediante su gestor de casos o derivado a especialistas.	-
Essock 2006 Connecticut (EE.UU.)	Médicos entrenados. Tratamiento por abuso de sustancias integrado, en un modelo de trastornos co-ocurrentes.	Manejo clínico de casos estándar (SCCM): trabajo no compartido, pero los casos se discutían en grupo. Ratio doble del de ACT. Algunos servicios comunitarios, aunque en pocos casos se ofrecían directamente.	Fidelidad: Integridad de los contactos, carga compartida, movilidad de los equipos. En general hubo una buena fidelidad, salvo quizás, una tasa inferior a la deseada de servicios ofertados en la comunidad.
Fekete 1998 Indiana (EE.UU.)	Ratio 1/10, visitas en casa y comunitarias, monitorización de pacientes en riesgo de hospitalización, servicio continuo.	Control: ratio 1/30-60. Manejo de casos individual, contacto no frecuente. Tratamiento de día, hospitalización parcial, terapia externa, servicios residenciales.	ACT Fidelity Scale: puntuación de 0,35 (sobre 1), más bajo que el encontrado en escenarios urbanos (especialmente el nº de visitas comunitarias y en el hogar, tiempo total de contacto, ratio, tamaño del equipo, presencia de enfermero/a, participación de psiquiatra, trabajo compartido)

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
Gold 2006 Carolina del Sur (EE.UU.)	Ratio 1/10, servicios ACT menos los vocacionales, que los daba el subequipo de colocación y apoyo individualizado (IPS), disponibilidad 24 horas.	Aunque se llama "apoyo al empleo", es de rehabilitación vocacional tradicional. Servicios de salud mental y manejo de casos. Ratio máxima 1/30 para servicios no vocacionales (1/10 para vocacional).	ACT Fidelity Checklist: 94% de cumplimiento de criterios el último año.
Herrinckx 1997 Clarke 2000 Oregon (EE.UU.)	Principios típicos de ACT: equipo multidisciplinar, reuniones diarias, trabajo compartido, baja ratio, múltiples servicios.	En centro de salud mental comunitario y pequeñas agencias. Ratio 1/15-27. Intensivo como ACT (de 3 a 5 contactos semanales). A lo largo del programa algunas agencias aplicaron equipos multidisciplinarios con carga compartida.	Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): - Recursos humanos: 2,7 y 2,9 sobre 5 (para los dos equipos ACT) - Organización del equipo: 3,7 y 3,6 - Servicios: 3,3 y 3,6.
Jerrell 1999 California (EE.UU.)	Equipo multidisciplinar, reuniones diarias, ratio 1/15-20. Tratamiento externo y otros servicios de apoyo.	Modelo de equipo clínico: cuatro equipos de tratamiento. Ratio 1/35. Encuentros semanales. Servicios ofertados primariamente en la oficina/consulta.	-
Killaspy 2006 North London (Reino Unido)	Ratio máxima de 1/12, contacto fuera de oficina, política de "no retirada" ("no drop-out"), reuniones del equipo frecuentes. Trabajo compartido. En la medida de lo posible no se remiten los pacientes a	Equipos de salud mental comunitarios: trece equipos. Ratio máxima de 1/35, contactos en horario de oficina y visitas al hogar. Reuniones semanales del equipo.	Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): - Puntuación alta para un equipo de ACT (4,1 sobre 5) y media para el otro (3,4)

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
	agencias externas.	poca carga compartida, remisión a agencias externas. Polifíca de "retirada" ("drop out") si se pierde el contacto.	- Puntuación media de los equipos de salud mental comunitarios: 2,7.
Lehman 1997 Maryland (EE.UU.)	Disponible 24 horas, 12 miembros. Cada paciente asignado a un mini-equipo. Ratio 1/10-12. Consta además de un defensor del cliente y un trabajador familiar comunitario, que no suelen ser habituales en los programas de ACT.	Servicios de urgencias e internamiento psiquiátrico. Atención especial a los "sin techo" (animarlos y ayudarlos a buscar atención sanitaria), así como ofrecerles servicios residenciales.	Community Program Philosophy Scale: El programa ACT obtuvo puntuaciones significativamente mayores que el control en tres subescalas que habitualmente discriminan entre ACT y manejo de casos o modelos clínicos: "acceso a urgencias", "extensión temporal de la atención", y "modelo de equipo", así como en otras que distinguen entre manejo de casos y servicios clínicos tradicionales. No hubo diferencias en "énfasis vocacional" y "orientación comunitaria".
Macias 2006 Schonebaum 2006 Massachusetts (EE.UU.)	Equipo multidisciplinar, con especialistas en servicios vocacionales y para tratamiento por abuso de sustancias. Trabajo compartido, contactos en lugares públicos, hogar del paciente, o en la oficina.	Casa-club: modelo de autoayuda profesional, junto con el equipo profesional. Se trabaja en ambiente controlado (establecimiento de red de apoyo social, con trabajo voluntario y educación) y también en la comunidad.	-
McHugo 2004 Washington (EE.UU.)	Programa paralelo: incluye, de forma no integrada, ACT y apoyo a la residencia.	Programa integrado: manejo clínico de casos, integrado con servicios	Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS):

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
	Ratio 1/15.	residenciales. Ratio 1/15.	Última evaluación (sobre 140): - Paralelo 112,3 - Integrado: 107 Paralelo mejor en "acercamiento de equipo" y "presencia de psiquiatra, enfermera, y especialista vocacional en el equipo". Integrado mejor en "tratamiento individualizado para abuso de sustancias" y "tratamiento para trastorno dual".
Morse 1997 Calsyn 1998, 2002 Kenny 2004 Missouri (EE.UU.)	ACT adaptado para personas sin hogar (frecuentar hogares protegidos, entrenamiento en captación, obtener alojamiento antes de servicios mentales). Ratio 1/10. Sin enfermera psiquiátrica, y el psiquiatra solo disponible dos horas a la semana. Muchos servicios de medicación se derivan. ACT con trabajadores comunitarios: paraprofesionales asignados a cada cliente, pasan tiempo con él.	Ratio 1/85. Manejo de casos, mayoría de contactos en la oficina. Servicios sociales de diferentes proveedores.	

Tabla 4. Características de las intervenciones			
ESTUDIO	INTERVENCIÓN ACT	COMPARACIÓN	FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN
Salkever 1999 Carolina del Sur (EE.UU.)	-	Control: programas de manejos de casos, con gran carga de casos (68 al principio, 34 al final, frente a 6-13 en ACT).	-
Sytema 2007 Winschoten (Holanda)	Ratio 1/10. Trabajo compartido. Contactos donde se encuentre el cliente. Equipo multidisciplinar, con especialista en dependencia.	Ratio 1/40. Trabajo individual. La mayoría de contactos en la oficina.	Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): - Estructura del equipo: 3,8 - Organización del equipo: 3,9.

En once estudios se comenta la aplicación de algún tipo de escala para medir la fidelidad al modelo ACT de la implementación realizada. La más utilizada es la *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* (Calsyn 2005, Killaspy 2006, Herinckx 1997, McHugo 2004, Sytema 2007). Otras escalas usadas son la *Community Program Philosophy Scale* (Chandler 1999, Lehman 1997), *ACT Fidelity Scale* (Fekete 1998), *ACT Fidelity Checklist* (Gold 2006). Drake (1998) y Essock (2006) no mencionan ninguna escala de fidelidad, pero sí la evalúan a partir de determinados criterios definitorios del tratamiento asertivo comunitario. En general, las puntuaciones obtenidas alcanzan valores entre moderados y altos.

IV.2.3 Características de las medidas de resultado

Las principales medidas de resultado evaluadas han sido: la sintomatología psiquiátrica, la calidad de vida, el nivel de funcionamiento social y/o laboral, la satisfacción con la utilización de servicios, las hospitalizaciones, el uso y abuso de sustancias, el estatus residencial, los resultados de empleo y la actividad delictiva.

La escala más utilizada para medir sintomatología psiquiátrica ha sido la *Brief Psychiatric Rating Scale* (utilizada por Calsyn 2005, Dekker 2002, Drake 1998, Essock 2006, Fekete 1998, Killaspy 2006, Morse 1997, Sytema 2007); también se han usado las escalas *Colorado Symptom Index* (Lehman 1997, McHugo 2004), *Positive and Negative Syndrome Scale* (Gold 2006), *Computerized Diagnostic Interview Schedule Revised* (Jerrell 1999), *Behaviour and Symptom Identification Scale-32* (Cosden 2005) y la *Symptom Check List-90* (Dekker 2002, Essock 1998).

Para evaluar la calidad de vida de los participantes, se ha utilizado en la mayoría de los casos la entrevista *Quality of Life Interview* o alguna de sus subescalas (Chandler 1999, Drake 1998, Essock 1998, 2006, Fekete 1998, Gold 2006, McHugo 2004); también se han utilizado las escalas *Quality of Life Self-report* (Cosden 2005), *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (Killaspy 2006, Sytema 2007), *Short Form Health Survey* (Lehman 1997) y *Satisfaction with Life Scale* (Jerrell 1999).

Las principales escalas de funcionamiento social y/o laboral utilizadas han sido: *Global Assessment Functioning* (Cosden 2005, Dekker 2002, Fekete 1998), *Global Assessment Scale* (Essock 2006), *Social Adjustment Scale*, *Role Functioning Scale* (Jerrell 1999), *Indiana Level of Functioning* (Fekete 1998), *Groningen Social Behaviour Questionnaire* (Dekker 2002), *Life Skills Profile* (Killaspy 2006), *Arizona*

Social Support Interview Schedule, y *Personality and Social Network Adjustment Scale* (Calsyn 1998).

Para valorar el uso de sustancias, la escala más utilizada ha sido la *Addiction Severity Index* (Cosden 2005, Drake 1998, Essock 2006, Morse 1997). También se han utilizado las escalas *Alcohol Use Scale*, *Drug Use Scale* y *Substance Abuse Treatment Scale* (Drake 1998, Essock 2006), *Clinician Alcohol and Drug Scale* (Killaspy 2006), *Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument* (Sytema 2007), *Time-Life Follow-Back Calendar* (McHugo 2004).

En lo que se refiere a la satisfacción con los servicios, Killaspy (2006) y Sytema (2007) han usado la escala *Client Satisfaction Questionnaire*, mientras que Chandler (1999) utilizó la *Client Satisfaction Scale*.

IV.3. Resultados obtenidos

A continuación se describen los resultados obtenidos en los estudios a los 12, 15, 18, 24 y 36 meses. Los resultados principales se resumen en la tabla 5.

IV.3.1. A los 12 meses

El estudio de Lehman (1997) muestra un menor número de pérdidas en el seguimiento para el grupo de ACT (si bien no se ofrece significación estadística) y más contactos con los servicios de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias, mientras que no se obtienen diferencias para los servicios de salud general. En cuanto a las variables de resultados, se obtienen diferencias entre grupos en sintomatología (escala CSI) y duración de las hospitalizaciones, a favor del grupo de ACT, así como un menor número de visitas psiquiátricas de urgencia. No se observan diferencias en la calidad de vida al final del programa, aunque sí a los dos y seis meses, también a favor del grupo de ACT. Al final del programa, estos participantes han pasado un número de días sin hogar significativamente menor que el grupo control, aunque en ese punto temporal no se observan diferencias en el nivel de satisfacción con su estatus residencial. A los seis meses sí se observaron estas diferencias, así como también en el nivel de satisfacción vital, siempre a favor de los participantes del programa ACT.

Sytema (2007) observa un número de pérdidas significativamente más bajo en el grupo de ACT, así como un mayor contacto con los

servicios. Sin embargo, no encuentra diferencias entre grupos en hospitalizaciones, sintomatología (BPRS), calidad de vida (MANSA), funcionamiento social (SFS), uso de sustancias (DALI) o satisfacción con los servicios (CSQ).

IV.3.2. A los 15 meses

Éste es el periodo de seguimiento del trabajo de Chandler (1999), donde el grupo de ACT recibe más servicios de salud mental en los treinta días previos a un episodio agudo de hospitalización, y lo mismo en los treinta días posteriores, así como mayor número de visitas de apoyo en la medicación (es importante destacar que éste es el único estudio en el que todos los participantes se hallaban internados al comenzar el programa, por lo que se refiere a aquellos que fueron progresivamente dados de alta a lo largo del estudio). Se observó que un mayor porcentaje de individuos del grupo de ACT abandonan la unidad, lo hacen más rápido y permanecen en la comunidad durante más días. Además, un número significativamente mayor de personas en el grupo de ACT se encuentra viviendo de forma independiente al final del programa, aunque no hubo diferencias en el nivel de satisfacción con el estatus residencial. Tampoco aparecieron diferencias en calidad de vida, ni cuando se analizó toda la muestra, ni cuando se hizo sólo con aquellos que consiguieron ubicarse en la comunidad.

IV.3.3. A los 18 meses

IV.3.3.1. Pérdidas

Killaspy (2006) obtiene un menor número de pérdidas en el seguimiento para el grupo de ACT, mientras que McHugo (2004) y Morse (1997) no encuentran diferencias significativas. El resto de autores no ofrece datos al respecto.

IV.3.3.2. Uso de servicios y satisfacción con el programa

En Morse (1997), el grupo de ACT se muestra mejor en contactos y utilización de servicios residenciales, financieros, de salud y de apoyo. Killaspy (2006) obtiene una mayor calidad del compromiso con los

servicios según la escala HEAS. McHugo (2004) no encuentra diferencias significativas en el uso de servicios.

Morse (1997) obtiene un mayor nivel de satisfacción con el programa para el grupo de ACT. Dentro de este estudio, Calsyn (2002) analiza la influencia de determinados moderadores (variables que preceden a la asignación de tratamiento: raza, sexo, diagnóstico, etc.) y mediadores (variables intervinientes entre la asignación de tratamiento y la medida de resultados: número de sesiones, tipo de servicios, etc.) de los efectos sobre la satisfacción del cliente. Entre los primeros sólo resultó significativo el diagnóstico de depresión; el efecto del tratamiento incrementó la satisfacción especialmente entre los pacientes no deprimidos (en cualquier caso el efecto de esta moderación fue mucho menos intenso que el efecto principal del tratamiento). Entre los mediadores, obtuvieron un efecto significativo: intensidad de los contactos, continuidad de los contactos, servicios de apoyo, y alianza terapéutica.

IV.3.3.3. Sintomatología

Morse (1997) encuentra una superioridad del grupo de ACT en dos subescalas del BPRS: trastorno del pensamiento y nivel de actividad. Killaspy (2006) y Essock (1998) no encuentran diferencias significativas entre programas (con las escalas BPRS y SCL-90, respectivamente). Jerrell (1999) observa un peor resultado en el grupo de ACT frente al de modelo de equipo clínico (en las tres escalas del C-DIS-R), y lo mismo encuentra McHugo (2004) en el programa paralelo (que incluye ACT) frente al integrado (que incluye manejo clínico de casos), con la escala CSI.

IV.3.3.4. Hospitalizaciones

Salkever (1999) encuentra una menor tasa de hospitalizaciones en el grupo de ACT, pero no observa diferencias en la duración de estas. Killaspy (2006) y Essock (1998) no observan diferencias ni en la tasa ni en la duración de las hospitalizaciones.

IV.3.3.5. Calidad de vida

Killaspy (2006), con la escala MANSA, no encuentra diferencias significativas. Essock (1998) observa una superioridad del grupo de ACT

en cuatro subescalas de la QOLI: seguridad personal, actividades de ocio, situación residencial y frecuencia del contacto con amigos; no hubo diferencias en el ítem que mide satisfacción global con la vida. En dicho ítem, McHugo (2004) observa una interacción con el sexo, donde los hombres en el grupo de ACT puntuaban significativamente peor que el resto de grupos. Por último, Jerrell (1999) también observa una peor puntuación en satisfacción con la vida (con la escala SWLS), para el grupo de ACT en tres subescalas: relaciones sociales, trabajo y bienestar general.

IV.3.3.6. Funcionamiento sociolaboral

Killaspy (2006) no encuentra diferencias significativas entre grupos, con la escala LSP. Jerrell (1999), observa una superioridad del grupo de ACT frente al modelo de equipo clínico en la subescala “rendimiento laboral” (autoinformado) del cuestionario SAS-SMI y en las subescalas “habilidades para la vida independiente”, “productividad laboral” y “relaciones familiares y sociales” de la entrevista RFS (con calificadores entrenados).

IV.3.3.7. Otras medidas de resultado

Morse (1997), Killaspy (2006) y McHugo (2004) no observan diferencias significativas entre grupos en cuanto al uso de sustancias.

Para el estatus residencial, Morse (1997) observa que el grupo de ACT sin trabajadores comunitarios supera en dicha variable a los otros dos grupos (ACT con trabajadores comunitarios y control). McHugo (2004) encuentra una interacción con el sexo, donde al igual que con la calidad de vida, los hombres en el grupo de ACT obtienen un peor resultado. Killaspy (2006) no observa diferencias entre grupos.

En cuanto a los resultados de empleo, Morse (1997) no encuentra diferencias en los ingresos obtenidos (salarios o prestaciones).

Por último, Killaspy (2006) no observa diferencias en actividad delictiva (violencia, arrestos, prisión, contacto con servicios forenses).

IV.3.4. A los 24 meses

IV.3.4.1. Pérdidas

Fekete (1998) no encuentra diferencias significativas en las pérdidas en el seguimiento. Herinckx (1997) sí observa una diferencia significativa a favor de ACT, si bien dicha diferencia deja de ser estadísticamente significativa cuando se analizan sólo aquellos participantes captados (individuos que acuden al menos a una entrevista). Macias (2006) obtiene menos pérdidas en el grupo de ACT, pero sólo cuando se analizan las personas interesadas en trabajar.

IV.3.4.2. Uso de servicios y satisfacción con el programa

Morse (2006) encuentra un mayor uso de servicios en los dos grupos de ACT, en este caso de los servicios para el tratamiento por uso de sustancias. En Cosden (2005) aparece el mismo resultado para los servicios de salud mental. En Dekker (2002), los participantes en el grupo de ACT tenían más del doble de contactos con el equipo técnico, pero no se ofrecen datos de significación estadística.

En Morse (2006) y Fekete (1998) los integrantes del grupo de ACT se muestran más satisfechos con el programa.

IV.3.4.3. Sintomatología

Morse (2006), Dekker (2002) y Fekete (1998) utilizan la escala BPRS. Los dos primeros no encuentran diferencias significativas entre grupos, mientras que Fekete (1998) obtiene un mejor resultado en el grupo de ACT. Cosden (2005) obtiene un nivel sintomatológico significativamente menor en el grupo de ACT con la escala BASIS-32, mientras que Gold (2006), con la escala PANSS, no encuentra diferencias significativas.

Dentro del estudio de Morse-Missouri (1997), Kenny (2004) realiza un análisis de moderadores y mediadores de los efectos del tratamiento sobre la sintomatología. Ninguna de las variables consideradas obtuvo resultados significativos (la adherencia a la medicación sí se relacionó significativamente con la reducción de síntomas, pero no se vio afectada a su vez por el tratamiento, con lo que no puede considerarse un mediador del efecto de éste).

IV.3.4.4. Hospitalizaciones

En cuanto a la tasa de hospitalizaciones, los cuatro autores que miden esta variable (Clarke 2000, Dekker 2002, Fekete 1998 y Gold 2006), no obtienen diferencias significativas. Clarke (2000) tampoco encuentra diferencias significativas en el tiempo transcurrido hasta la primera hospitalización. Dekker (2002) y Fekete (1998) ofrecen datos sobre la duración de las hospitalizaciones, y tampoco encuentran diferencias. Sin embargo, en Fekete (1998) la disminución intragrupo entre los días hospitalizados durante el seguimiento frente al año precedente a comenzar el estudio resultó significativa en el grupo de control, no así en el de ACT.

IV.3.4.5. Calidad de vida

Fekete (1998), Gold (2006) y Cosden (2005) ofrecen datos sobre esta variable. El último de ellos obtiene diferencias significativas a favor del grupo de ACT, mediante una escala de autoinforme (QOL-SF). Fekete (1998) también obtiene diferencias en el mismo sentido, pero solo cuando la variable fue medida por observadores y no cuando se hizo mediante autoinforme. Por último, Gold (2006) no encuentra diferencias significativas en la entrevista QOLI.

IV.3.4.6. Funcionamiento sociolaboral

Cosden (2005), Dekker (2002) y Fekete (1998) no encuentran diferencias entre grupos en el funcionamiento social y/o laboral, medido mediante las escalas GAF (los tres autores), LOF (Fekete 1998), y GVSG (Dekker 2002). El estudio de Morse en Missouri (Calsyn 1998; resultados a los 21 meses) analiza el tamaño y tipo de redes de apoyo social y profesional entre participantes de dos grupos de ACT (con y sin trabajadores comunitarios) frente a BCM. Encuentra una superioridad de los grupos de ACT en el tamaño de las redes de apoyo profesional (no así con las sociales), tanto mediante autoinforme como por evaluación de los miembros del equipo comunitario. En cuanto al tipo de apoyo recibido, tan solo la dimensión de “asistencia material” ofreció diferencias significativas, a favor del grupo de ACT.

IV.3.4.7. Otras medidas de resultado

En cuanto al uso de sustancias, Morse (2006) no encuentra diferencias entre grupos ni en las calificaciones del entrevistador sobre el uso de sustancias, ni en la cantidad de días de uso autoinformado. Por su parte, Gold (2006) no encuentra diferencias en la tasa de pacientes con trastorno por uso de sustancias. Cosden (2005) sí que encuentra una diferencia significativa a favor del grupo de ACT en relación al uso de drogas, mediante la escala ASI.

Cuatro estudios han aportado datos sobre el estatus residencial de los participantes. Morse (2006) encuentra que los dos grupos con ACT (sólo, o integrado con tratamiento para el uso de sustancias) superan al grupo control en el número de días con residencia estable. Fekete (1998) operacionaliza esta variable como el número de cambios de residencia, si bien en el apartado de resultados solo habla de número de días en la residencia donde se pasó más tiempo, y observa un peor resultado en el grupo de ACT. Clarke (2000) no observa diferencias intergrupos ni en la tasa de individuos sin hogar, ni en el tiempo transcurrido hasta en primer episodio.

Al igual que con la sintomatología, Kenny (2004) realiza un análisis de moderadores y mediadores de los efectos del tratamiento sobre la situación residencial, dentro del estudio Morse-Missouri (1997); entre los moderadores, ninguna de las variables analizadas (edad, sexo, raza, diagnóstico) interacciona significativamente con el tratamiento. En cuanto a los mediadores, sólo la variable “otros contactos de alojamiento” se relaciona significativamente con la medida de resultados, aunque sin interacciones significativas con el tratamiento.

En cuanto a actividades delictivas, Calsyn (2005), Clarke (2000), Cosden (2005) y Fekete (1998) no encuentran diferencias significativas entre grupos en las diferentes variables medidas (delitos mayores, menores, arrestos, tasas de encarcelaciones o días de prisión, citaciones judiciales, problemas legales, etc.). Clarke (2000) sí que encuentra una diferencia significativa en el tiempo transcurrido hasta el primer arresto, siendo este menor en el grupo de atención habitual, pero no observa diferencias en las tasas de individuos de uno u otro grupo que han sufrido arrestos.

Con respecto a los resultados vocacionales, el trabajo de Gold (2006) debe considerarse aparte, pues incluye un programa específico de apoyo al empleo (*Individual Placement and Support*) que ya ha demostrado su efectividad en la consecución de trabajo competitivo por parte de personas con trastorno mental grave [33]. Así, en este tipo de

trabajo, el grupo de ACT supera al control en todas las variables vocacionales analizadas (tasa de empleo competitivo, horas trabajadas y salarios ganados). Macias (2006) no observa diferencias en las tasas de empleo logradas por ambos programas, pero sí en la duración del empleo y en los ingresos obtenidos, donde el programa de ACT obtiene peores resultados que el de casa-club. Por último, Fekete (1998) no obtiene diferencias significativas entre grupos.

IV.3.5. A los 36 meses

IV.3.5.1. Pérdidas

Drake (1998) encuentra un menor número de pérdidas en el grupo de ACT, mientras que Essock (2006) no obtiene diferencias.

IV.3.5.2. Uso de servicios y satisfacción con el programa

Drake (1998) no obtiene diferencias en el uso de servicios.

IV.3.5.3. Sintomatología

Drake (1998) y Essock (2006) utilizan la escala BPRS y ninguno obtiene diferencias estadísticamente significativas.

IV.3.5.4. Hospitalizaciones

Drake (1998) no obtiene diferencias ni en la tasa ni en la duración de las hospitalizaciones. Essock (2006) encuentra un menor número de días de hospitalización en el grupo de ACT, pero solo en uno de los dos centros que estudia.

IV.3.5.5 Calidad de vida

Drake (1998) solo obtiene diferencias significativas en una subescala de la entrevista QOLI, "apoyo financiero". Essock (2006), con la misma entrevista, no encuentra diferencias.

IV.3.5.6. Funcionamiento sociolaboral

Essock (2006) no obtiene diferencias entre grupos en la escala GAS.

IV.3.5.7. Otras medidas de resultado

En cuanto al uso de sustancias, los resultados de ambos estudios no son coincidentes. Drake (1998) obtiene un mejor resultado para el grupo de ACT en la escalas AUS y SATS, mientras que Essock (2006) no obtiene diferencias significativas. Éste último sí encuentra un mejor resultado en el grupo de ACT en la tasa de remisión de trastorno por abuso de drogas (escala DUS), pero sólo en uno de los dos centros que analiza. Drake (1998) no observa dichas diferencias, ni tampoco en el caso de trastorno por abuso de alcohol.

En lo que respecta al estatus residencial, Essock (2006) obtiene diferencias significativas en el número de días en residencia estable (en uno de los dos centros analizados). Drake (1998) no encuentra diferencias significativas en esa misma variable.

Por último, Essock (2006), en el mismo centro donde encuentra las diferencias mencionadas, también observa un menor número de días institucionalizado (aunque en este caso no se distingue entre hospitalización y encarcelamiento) para el grupo de ACT.

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
Calsyn 2005 Morse 2006 Missouri (EE.UU.)	-	ACT y TI más contacto con clientes que control ACT y TI más contacto para el tratamiento por abuso de sustancias que control ACT y TI más satisfacción con el programa que control	N.d.s. (BPRS)	-	-	-	N.d.s en las calificaciones del entrevistador en el uso de sustancias, ni en la cantidad de días de uso autoreportado	ACT y TI más días de residencia estable que control	-	N.d.s. en delitos mayores, menores, por abuso de sustancias, arrestos, encarcelaciones, ni citaciones
Chandler 1999 California (EE.UU.)	-	Antes y después de un episodio agudo, el grupo de ACT recibe más servicios mentales y de medicación N.d.s. en	-	Un mayor porcentaje de participantes del grupo de ACT abandonan la unidad, lo hacen más rápido y permanecen en la comunidad durante más días	N.d.s., ni para el grupo total, ni cuando se analizan sólo los que han conseguido ubicarse en	-	-	Más miembros del grupo ACT viven de forma independiente N.d.s. en el nivel de satisfacción con dicho	Mediante autotforme, hay más participantes en el grupo de ACT que dicen haber trabajado remuneradamente en los últimos 6 meses, pero no	-

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
		satisfacción con los servicios (CSS)			la comunidad (QOL)			estatus	se ofrece signif. estadística	
		Salud mental: mayor % de pacientes que los usan en ACT, en todos los puntos de medida (6, 12, 18, 24 meses)								
Cosden 2005 California (E.U.U.)		En ACT, se usan más horas de servicios en la 1ª mitad del tratamiento que en la 2ª. No así en control. Las horas de tratamiento no correlacionan con el funcionamiento post, sino con el nivel de deterioro pretreatmento	Grupo de ACT mejor (BASIS-32)	-	Grupo de ACT mejor (QOL-SF)	N.d.s. (GAF)	Grupo de ACT mejor en uso de drogas (AS) N.d.s. en uso de alcohol (AS)	-	-	N.d.s. en porcentaje de personas que son encarceladas, condenas, o días de prisión

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
Dekker 2002 Amsterdam (Holanda)	-	ACT doble de contactos mensuales, pero no se ofrece signif. estadística	N.d.s. en BPPS; Grupo de ACT peor en SCL-90	N.d.s. en tasa de hospitalizaciones, pero si en duración de estas, menor en el grupo de ACT	-	N.d.s. en funcionamiento global (GAF), ni social (GSBQ)	-	-	-	-
Drake 1998 New Hampshire (EE.UU.)	ACT menos pérdidas	N.d.s.	N.d.s. en BPPS	N.d.s. en tasa ni duración de hospitalizaciones	N.d.s., excepto para la subescala "apoyo financiero" (QOLI), donde ACT mejor	-	Grupo de ACT mejor en SATS y AUS N.d.s. en tasas de remisión de trastorno por uso de alcohol, o de drogas	N.d.s. en días con residencia estable	-	-
Essock 1998 Connecticut (EE.UU.)	-	-	N.d.s. en SCL-90	N.d.s. en días para conseguir el alta	N.d.s. en puntuación global, pero grupo de ACT mejor en 4 subescalas (QOLI)	-	-	-	-	-
Essock 2006 Connecticut (EE.UU.)	N.d.s. en pérdidas	-	N.d.s. en BPPS	ACT mejor en días hospitalizado, pero sólo en uno de los sitios (sitio 2)	N.d.s. (QOLI)	N.d.s. en funcionamiento global (GAS)	N.d.s. en AUS ACT mejor en remisión de trastorno por	ACT más días en residencia estable en la comunidad, pero sólo en	-	En sitio 2, ACT menos días institucionalizados (hospitalizado o

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
Fekete 1998 Indiana (EE.UU.)	N.d.s. en pérdidas	ACT más satisfacción con servicios	Grupo de ACT mejor (BPRS)	N.d.s. en tasa de hospitalizaciones En duración, mejora significativa pre-post en control, no en ACT	N.d.s cuando es evaluada por los propios clientes. Cuando es evaluada por el equipo técnico, ACT mejor (GOLI) Mejora significativa	Grupo de ACT mejor (LOF), pero si se controlan las puntuaciones de línea base, la diferencia no resulta significativa	-	ACT peor en estabilidad (nº de días en residencia más larga) N.d.s. en calidad percibida de la residencia	N.d.s	N.d.s en problemas legales
							abuso de drogas (DUS) en sitio 2 En sitio 2, diferente patrón en SATS: ACT mejora mucho al inicio y luego decae, no habiendo d.s al final del tratamiento	sitio 2		encarcelado)

Tabla 5. Resultados obtenidos											
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva	
Gold 2006 Carolina del Sur (EE.UU.)	No se ofrece signif. estadística	No se ofrece signif. estadística	N.d.s. (PANSS)	N.d.s. en tasa	N.d.s. (QOLI)	-	-	-	ACT-IPS mejor en logro de TC, horas trabajadas y salarios ganados	-	
Herinkx 1997 Clarke 2000 Oregon (EE.UU.)	ACT mejor cuando se consideran todos los pacientes elegibles Si se consideran sólo aquellos que acudieron al menos a una entrevista, la diferencia se queda en los límites de la signif. estadística	-	-	N.d.s en hospitalizaciones, ni visitas a urgencias (tasa y tiempo hasta el primer episodio)	-	-	-	N.d.s en episodios "sin hogar", ni en tiempo hasta el primer episodio	-	ACT mejor en "tiempo hasta el primer arresto" N.d.s. en tasa de participantes arrestados	

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
Jerrell 1999 California (EE.UU.)	-	-	ACT peor que "manejo clínico" (C-DIS-R)	-	ACT peor en tres escalas de satisfacción (SLS): social, laboral y bienestar general	ACT mejor en tres escalas del RFS: vivir independiente, productividad laboral y relaciones sociofamiliares	-	-	-	-
Kiliaspy 2006 North London (Reino Unido)	ACT mejor en pérdidas	ACT mejor en satisfacción con servicios (CSQ) ACT mejor en calidad del compromiso con servicios	N.d.s (BPRS)	N.d.s. en tasa ni duración (días totales, por admisión, o hasta el alta)	N.d.s. (MANSA)	N.d.s. función social (LSP)	N.d.s. en uso de alcohol y drogas (CADS)	N.d.s. en episodios	-	N.d.s. en violencia, arrestos, prisión, servicios forenses
Lehman 1997 Maryland (EE.UU.)	ACT mejor en retención, pero no se ofrece signif. estadística	ACT más visitas externas a salud mental N.d.s. en uso de servicios	ACT mejor (CSI) en los tres puntos de medida	ACT menos duración de hospitalizaciones y menos visitas de urgencias	N.d.s. en SF-36 al final del programa, pero sí a los 2 y 6	-	-	ACT mejor en residencia estable en la comunidad ACT más	-	-

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
		médicos en general ACT más visitas externas por uso de sustancias			meses (a favor de ACT) ACT mejor en satisfacción (QOLI) vital, pero solo a los 6 meses			satisfechos con su estatus residencial a los 6 meses, no a los 2 ni 12 meses		
Macías 2006 Schonebaum 2006 Massachussets (EE.UU.)	ACT mejor en captación y en retención (solo en los interesados en trabajar)	-	-	-	-	-	-	-	N.d.s. en tasas de empleo Casa-club mejor en sem/trabajo, salario/hora N.d.s. en horas /semana Cuando se analizan solo los interesados en trabajar, todo lo anterior es significativamente favorable a las casas-club	-

Tabla 5. Resultados obtenidos										
	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
McHugo 2004 Washington (EE.UU.)	N.d.s.	N.d.s.	Programa paralelo (ACT) peor (CS)	-	Interac. con sexo (COU); hombres en ACT	-	N.d.s. en uso auto-informado (TLFC)	Interacción con sexo: hombres en ACT peor	-	-
Morse 1997 Calsyn 1998, 2002 Kenny 2004 Missouri (EE.UU.)	N.d.s. en pérdidas	ACT mejor en contactos y utilización de servicios, residenciales, financieros, de salud y de apoyo ACT mejor en satisfacción con el programa	ACT mejor en dos subescalas del BPRS: trastorno del pensamiento y nivel de actividad	-	-	ACT mejor en tamaño de red profesional (no así social), tanto en autoevaluación como en la del equipo (ASSIS) Tipo de apoyo: ACT mejor sólo en "apoyo material"	N.d.s., en autoevaluación, ni en la de los entrevistadores (AS)	ACT (sin trabajadores comunitarios) mejor que los otros dos grupos en residencia estable	N.d.s. en ingresos	-
Salkever 1999 Carolina del Sur (EE.UU.)	No se ofrece signif. estadística	-	-	ACT mejor en tasa, n.d.s. en duración	-	-	-	-	-	-
Sytema 2007 Winschoten (Holanda)	ACT mejor	ACT más contactos externos en el servicio o en el hogar	N.d.s. (BPRS)	N.d.s. en tasa ni duración	N.d.s. (MANSA)	N.d.s. (SFS)	N.d.s. (DAL)	N.d.s.	-	-

Tabla 5. Resultados obtenidos

	Captación y retención	Uso de servicios y satisfacción con ellos	Sintomatología	Hospitalizaciones	Calidad de vida	Funcionamiento	Uso de sustancias	Estatus residencial	Resultados de empleo	Actividad delictiva
		N.d.s. en satisfacción (CSQ)								

ACT: Assertive Community Treatment; AUS: Alcohol Use Scale; CSQ: Client Satisfaction Questionnaire; CSS: Client Satisfaction Scale; DALI: Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument; DUS: Drug Use Scale; N.d.s.: no diferencias significativas; BASIS-32: Behaviour and Symptom Identification Scale-32; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; C-DIS-R: Computerized Diagnostic Interview Schedule Revised; CSI: Colorado Symptom Index; DUS: Drug Use Scale; Global Assessment Functioning; GAS: Global Assessment Scale; GSBO: Groningen Social Behaviour Questionnaire; LOF: Indiana Level of Functioning; LSP: Life Skills Profile; MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Care; PANSS: Positive and Negative Symptom Scale; QOLI: Quality of Life Interview; QOL-SF: Quality of Life Self-Report; RFS: Role Functioning Scale; RFS: Role Functioning Scale; SAS: Social Adjustment Scale; SATS: Substance Abuse Treatment Scale; SCL-90-R: Symptom Check List-90; SF-36: Short Form Health Survey; SFS: Social Functioning Scale; SLS: Satisfaction with Life Scale; TLFC: Time-Life Follow-Back Calendar; TI: Tratamiento Integrado

IV.3.6. Resultados globales

A continuación se expondrán los resultados obtenidos globalmente, sin desglosar por la duración del programa.

IV.3.6.1. Pérdidas

Nueve estudios ofrecen datos con significación estadística sobre las pérdidas en el seguimiento. Cinco de ellos encuentran un menor número de pérdidas en el grupo de ACT: Drake (1998), Herinckx (1997), Killaspy (2006), Macias (2006; en este caso las diferencias resultan significativas sólo cuando se analizan las personas interesadas en trabajar) y Sytema (2007). Por su parte, Fekete (1998), Essock (2006), McHugo (2004) y Morse (1997) no obtienen diferencias. Otros tres autores (Gold 2006, Lehman 1997 y Salkever 1999) también encuentran un mejor resultado en los grupos de ACT, aunque no ofrecen datos de significación estadística.

IV.3.6.2. Hospitalizaciones

Doce estudios reportan datos sobre tasa (ocho estudios) y/o duración de éstas (diez estudios). Con respecto a las tasas de hospitalizaciones, sólo un trabajo encuentra un mejor resultado en el grupo de ACT (Salkever 1999), mientras que siete de ellos no obtienen diferencias (Dekker 2002, Drake 1998, Fekete 1998, Gold 2006, Clarke 2000, Killaspy 2006, Sytema 2007). En lo que se refiere a la duración de los ingresos hospitalarios, cuatro estudios obtienen una menor duración de éstos para el grupo de ACT: Chandler (1999), Dekker (2002), Essock (2006; sólo en uno de los dos sitios que analiza, aquél con una mayor tasa de institucionalización) y Lehman (1997), mientras que seis de ellos no obtienen diferencias (Drake 1998, Essock 1998, Fekete 1998, Killaspy 2006, Salkever 1999 y Sytema 2007).

IV.3.6.3. Sintomatología

Ocho estudios utilizan la escala BPRS, obteniendo diferencias significativas dos de ellos (Fekete 1998 y Morse 1997, éste último sólo en dos subescalas pero no en la puntuación total), a favor del grupo de ACT. Dos trabajos utilizan la escala CSI (Lehman 1997, McHugo 2004),

encontrando el primero un mejor resultado para ACT, mientras que el segundo obtiene el resultado contrario. Otros dos trabajos han empleado la SCL-90, sin encontrar diferencias significativas en un caso (Essock 1998) y obteniendo un peor resultado para ACT en el otro (Dekker 2002). Por último, tres estudios emplearon tres escalas diferentes: BASIS-32 (Cosden 2005), con diferencia significativa a favor de ACT; la escala PANSS (Gold 2006), con la que no obtiene diferencias; y la escala C-DIS-R (Jerrell 1999), que obtiene un peor resultado para ACT frente al modelo clínico de gestión de casos.

IV.3.6.4. Calidad de vida

La entrevista QOLI ha sido el instrumento más utilizado (ocho estudios). Sólo uno encuentra diferencias significativas para la satisfacción global con la vida (Fekete 1998), a favor del ACT, mientras que dos de ellos obtienen mejores puntuaciones para ACT en alguna de las escalas (Drake 1998, subescala “apoyo financiero”; Essock 1998, escalas “seguridad personal”, “actividades de ocio”, “situación residencial” y “frecuencia del contacto con amigos”).

Dos trabajos han empleado una versión de auto-informe de esta entrevista, obteniendo uno de ellos diferencias significativas a favor del ACT (Cosden 2005), mientras que Fekete (1998) no obtiene diferencias. Otros dos estudios han utilizado la escala MANSA (Killaspy 2006, Sytema 2007), sin encontrar diferencias. Lehman (1997) tampoco las obtiene en la escala SF-36, mientras que Jerrell (1999) encuentra peores resultados para el grupo de ACT, comparado con el de modelo clínico, en la escala SLS.

IV.3.6.5. Funcionamiento sociolaboral

En cuanto al funcionamiento global, Cosden (2005) y Dekker (2002) no encuentran diferencias entre grupos con la escala GAF, lo mismo que Essock (2006) con la GAS, y Fekete (1998) con la LOF.

Tampoco obtienen diferencias significativas Dekker (2002; GSBQ), Killaspy (2006; LSP) y Sytema (2007; SFS). Jerrell (1999) sí obtiene mejores puntuaciones para el grupo de ACT en la subescala de la SAS “rendimiento laboral”, y en tres subescalas de la RFS: “habilidades de vida independiente”, “productividad laboral” y “relaciones sociofamiliares”. Por último, Calsyn (1998) encuentra en el grupo de ACT

un mayor tamaño de las redes profesionales (no así con las sociales; escala ASSIS).

IV.3.6.6. Otras medidas de resultado

- Satisfacción del cliente: la satisfacción del cliente con el programa se ha evaluado en seis estudios, obteniéndose diferencias significativas a favor del ACT en cuatro de ellos (Morse 1997, 2006, Fekete 1998, Killaspy 2006). Chandler (1999) y Sytema (2007) no encuentran diferencias significativas.

- Uso de sustancias: desde un punto de vista dimensional, obtienen diferencias significativas a favor del grupo de ACT: Cosden (2005; escala ASI) y Drake (1998; AUS, SATS), mientras que otros seis estudios no las observan, ya sea mediante auto-informe o calificaciones de los entrevistadores (Morse 1997, 2006, Essock 2006, Killaspy 2006, McHugo 2004, Sytema 2007). Desde un punto de vista categorial (donde se establece un punto de corte en la escala correspondiente, a partir del cual se considera presente un trastorno por uso de sustancias), Drake (1998) no encuentra diferencias en las tasas de remisión (alcohol y drogas), mientras que Essock (2006) obtiene un mejor resultado para ACT en la remisión del trastorno por uso de drogas (en el mismo sitio donde también encuentra diferencias favorables a ACT en hospitalizaciones y situación residencial).

- Situación residencial: once estudios ofrecen resultados sobre el estatus residencial de los pacientes, si bien las variables mediante las cuales se operacionaliza dicho resultado varían según los trabajos. Cuando se ha utilizado el número total de días en residencia estable, cuatro estudios han encontrado un mejor resultado para el grupo de ACT (Essock 2006 -sólo en uno de los dos sitios analizados-, Morse 1997 -sólo en el grupo de ACT sin trabajadores comunitarios-, 2006, y Lehman 1997), mientras que Drake (1998) no obtiene diferencias significativas, y McHugo encuentra una interacción con el sexo, donde los hombres en el grupo de ACT obtienen un peor resultado. El resto de trabajos que considera los resultados relacionados con la "vivienda" utiliza otras variables. Dos estudios analizan el número de personas que han sufrido episodios "sin hogar" (Killaspy 2006, Sytema 2007), no encontrando diferencias significativas. Tampoco las obtiene Clarke (2000), con respecto a la tasa de episodios "sin hogar", mientras que Fekete (1998) es el único autor que encuentra un peor resultado global

para el grupo de ACT, en este caso sobre el número de días en la residencia más larga.

- Resultados de empleo: tan solo cuatro estudios ofrecen datos sobre este resultado. Fekete (1998) no encuentra diferencias significativas (en el artículo no se explicita claramente como se operacionalizó esta variable), al igual que Morse (1997), en este caso con respecto a los ingresos. Gold (2006) obtiene superioridad del grupo ACT en logro de trabajo competitivo, horas trabajadas y salarios ganados, si bien hay que señalar que en dicho grupo se implementaba un modelo específico de acceso al empleo (*Individual Placement and Support*). El trabajo de Macias (2006) se centra específicamente en los resultados de empleo, y el grupo de ACT obtiene peores resultados que el modelo de casa-club (clubhouse model), especialmente en los individuos que al principio del programa mostraban interés en trabajar.

- Actividad delictiva: existe variabilidad en el modo de operacionalizar estos resultados a través de los distintos estudios que lo han llevado a cabo (arrestos, encarcelaciones, días en prisión, contactos con la policía, delitos mayores o menores, etc.). En cualquier caso, no se obtienen diferencias significativas entre grupos (Calsyn 2005, Clarke 2000, Cosden 2005, Fekete 1998, Herinckx 1997, Killaspy 2006). Tan sólo aparece un resultado a favor de ACT en Clarke (2000), donde en dicho grupo transcurría más tiempo hasta el primer arresto.

V. Discusión

El Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) surgió en Estados Unidos en la década de los setenta, como un intento de mejorar la atención sanitaria en la comunidad a personas con trastorno mental grave (TMG). El proceso de desinstitucionalización psiquiátrica iniciado en la década anterior, auspiciado por una combinación de factores económicos, farmacológicos, legales y humanitarios, hizo que el número de residentes en hospitales psiquiátricos de EE.UU. descendiera de más de 550.000 a menos de 90.000 en los años noventa [34]. Sin embargo, las expectativas iniciales sobre este proceso de integración comunitaria se vieron defraudadas, en la medida que se observó que un gran número de pacientes eran reingresados antes de pasar un año de su salida del hospital [35]. Con el objetivo de superar estas dificultades, comenzaron a aplicarse en los hospitales programas educativos de “habilidades para la vida en la comunidad”, que sin embargo no lograron que los pacientes transfirieran dichas habilidades al contexto comunitario, una vez dados de alta. Por tanto, los investigadores decidieron cambiar el foco de atención hacia el desarrollo de servicios comunitarios de apoyo y seguimiento de los pacientes. En este contexto surge el modelo ACT, con una serie de características bien definidas (equipos multidisciplinarios, trabajo compartido, servicios continuos, acercamiento asertivo, etc.) y cuyo principal objetivo se focalizó en dos aspectos: que el paciente no perdiera el contacto con los servicios comunitarios de salud mental, y lograr una reducción de las tasas y duración de los ingresos hospitalarios (y consecuentemente sus costes).

En las dos décadas posteriores, se llevaron a cabo diversos estudios que evaluaron la efectividad del modelo ACT frente a la atención tradicional, o frente a otros modelos de atención comunitaria (broker case management, clinical case management, intensive case management), que aunque comparten los objetivos de ACT, se diferencian de éste en los métodos y recursos utilizados [36,37]. Los resultados de estos estudios mostraron que el ACT es efectivo a la hora de mantener el contacto con los pacientes, y en reducir los ingresos hospitalarios y su duración. Además, se ha establecido que el ACT produce mejoras significativas frente a la atención tradicional en resultados referidos a acceso a la vivienda, empleo, y satisfacción con el programa [21]. En general, los efectos encontrados sobre otras variables de resultado referidas a aspectos clínicos y sociales (autoestima,

funcionamiento social, calidad de vida, estado mental) no han sido significativos.

Las cuestiones abiertas con respecto a la efectividad del modelo ACT frente a la atención tradicional se refieren principalmente a si los resultados obtenidos en EE.UU. son generalizables a los países europeos, donde las políticas sanitarias y los servicios de salud mental difieren en muchos aspectos de los estadounidenses (principalmente en la mayor orientación comunitaria de los servicios tradicionales), o si como mencionan algunos autores, determinadas características del modelo ACT se están transfiriendo a los servicios usuales, mejorando la efectividad de estos e impidiendo por tanto encontrar diferencias significativas frente al ACT. Otras cuestiones relevantes se refieren a la necesidad de contrastar y sistematizar la fidelidad al modelo ACT de las implementaciones realizadas, o de detectar perfiles de usuarios que se relacionen con una mayor o menor efectividad de la intervención.

A continuación se discutirán los resultados obtenidos en esta revisión, comenzando por aquellas variables de resultados sobre las que, como se comentó anteriormente, existe evidencia previa de la efectividad del modelo ACT frente a la atención tradicional.

En cuanto al número de pérdidas al final del seguimiento, parece existir una superioridad del ACT sobre el tratamiento habitual, si bien varios estudios no han encontrado diferencias significativas. En ningún caso el grupo de ACT ha obtenido un resultado significativamente peor que el de tratamiento habitual. Por tanto, puede decirse que existe evidencia de la superioridad del modelo ACT a la hora de retener a los pacientes. Sin embargo, se necesita más investigación sobre los componentes de la intervención responsables de este efecto. Herinckx (1997) informa de que no existen diferencias en la intensidad del uso de los servicios ofrecidos, y en el global de estudios incluidos no parece haber una relación entre la superioridad del modelo ACT en el uso de servicios (obtenida en la mayoría de estudios incluidos) y una mejor retención de participantes. Por tanto, es posible, como menciona dicha autora, que las diferencias en pérdidas podrían ser mejor explicadas por aspectos cualitativos de las estrategias de retención (por ejemplo, relación entre el clínico y el paciente), más que por la intensidad de los servicios o por un mayor aprovechamiento de estos en términos cuantitativos. Otros autores han señalado que en general el contacto con el programa no se relaciona con los resultados obtenidos (Calsyn 2005, Cosden 2005).

Con respecto a la tasa de ingresos hospitalarios, es necesario concluir que la superioridad del modelo ACT queda en entredicho

después de estos resultados. Como se ha dicho más arriba, es posible que con el paso del tiempo y la amplia diseminación del modelo ACT, los servicios tradicionales hayan adaptado componentes de dicho modelo que puedan haber mejorado la atención externa en salud mental. De hecho, el único estudio que obtiene diferencias significativas en las tasas de individuos ingresados (Salkever 1999), es el más antiguo –de los que ofrecen datos al respecto– en cuanto al reclutamiento de pacientes (1989-1991). Sobre la duración de las hospitalizaciones, está más equilibrado el balance de estudios que obtienen resultados significativos frente a los que no (cuatro frente a seis); no parece que estas discrepancias puedan explicarse por variables como la duración del programa o las características de las personas participantes, pero en cualquier caso serían necesarios procedimientos meta-analíticos para detectar qué variables del programa o de los participantes podrían estar influyendo en estos resultados discrepantes. En este sentido, la supuesta diferenciación en la efectividad entre estudios estadounidenses y europeos pierde relevancia, pues aunque sólo han resultado incluidos en esta revisión tres estudios europeos, la superioridad del modelo ACT frente a la atención tradicional tampoco se ve confirmada en los estudios de EE.UU.

A continuación se comentarán los resultados referidos al resto de variables sobre las que la revisión de Marshall [21] establece cierta evidencia a favor del ACT: estatus residencial, resultados de empleo, y satisfacción con el programa de servicios.

En cuanto a la situación residencial de los pacientes, cuando se utiliza como medida de resultado el número total de días con residencia estable, la mayoría de estudios obtiene diferencias a favor del ACT (cuatro de seis). Un trabajo obtiene un resultado contrario (McHugo 2004), desfavorable para el grupo de ACT (concretamente, para los hombres en dicho grupo); independientemente de la posible explicación de esta interacción con el sexo que ofrecen los autores (peores percepciones de los arrendadores hacia los hombres), hay que señalar que en dicho trabajo el modelo de ACT supone el grupo de comparación, implementándose en paralelo con los servicios de alojamiento, mientras que en la intervención experimental éstos se ofertaban de forma integrada con el servicio de gestión de casos; por tanto, es necesario situar este resultado en su contexto, teniendo en cuenta que el modelo ACT incluye la integración de servicios como uno de sus componentes definitorios.

Cuando se utilizan otras variables como el número de episodios sin hogar o el de personas que los han sufrido, no aparecen diferencias

significativas, si bien hablamos sólo de tres estudios. Pero en cualquier caso es necesario plantearse si la intervención ACT podría tener un efecto selectivo sobre el mantenimiento de la residencia, y no tanto sobre su logro.

No existen datos suficientes como para extraer conclusiones firmes sobre la efectividad del modelo ACT frente a la atención tradicional con respecto a los resultados de empleo. Los dos estudios que han encontrado diferencias significativas (Gold 2006, Macias 2006) implementan modelos específicos para el logro de empleo competitivo en personas con TMG (IPS y clubhouse model, respectivamente), con lo que no es posible evaluar los efectos del ACT por sí solo.

La superioridad del modelo ACT en la satisfacción del paciente con los servicios se ve confirmada en cuatro de seis trabajos que ofrecen estos datos.

Para el resto de variables analizadas (sintomatología, calidad de vida, funcionamiento global, uso de sustancias, actividad delictiva) en general no existe ventaja del modelo ACT, tal y como se ha venido señalando en las revisiones previas.

VI. Conclusiones

Una década después de la revisión llevada a cabo por Marshall et al. [21] no parece que la controversia sobre la efectividad del modelo ACT para pacientes con TMG se haya resuelto. Al contrario, los nuevos resultados ponen en tela de juicio la superioridad del ACT frente a la atención tradicional en la reducción de hospitalizaciones (especialmente en la tasa, pero también en la duración de éstas), el principal resultado que se citaba en favor de dicho modelo. Existe evidencia de una mejor retención de pacientes y de una mayor satisfacción de éstos, y en menor medida de una mayor estabilidad residencial para aquellos pacientes en situación o en riesgo de encontrarse “sin techo”. Sin embargo, estos resultados tampoco muestran la consistencia que sería deseable a través de los diferentes estudios.

Aunque después de treinta años de investigación y aplicación del ACT estas conclusiones puedan resultar decepcionantes, también puede decirse que no resultan sorprendentes. Las intervenciones psicosociales son procesos de gran complejidad, íntimamente ligadas al contexto socio-cultural de aplicación y a la evolución histórica de éste. Por otra parte, los trastornos mentales son en sí mismos fenómenos muy complejos; la misma llamada a su naturaleza “biopsicosocial” parece responder más bien a una actitud de prudencia frente a la dificultad de entender los mecanismos etiológicos y evolutivos de dichos trastornos, que a una evidencia empírica consistente y robusta sobre su origen y desarrollo.

A todo esto se suman las dificultades metodológicas referidas al control y evaluación de las variables de proceso (fidelidad de la implementación del programa, difusión de procedimientos del grupo experimental al control, experiencia del equipo técnico, uso de servicios, etc.) y de resultados (validez y fiabilidad de las escalas clínicas, cegamiento de evaluadores, etc.).

En este contexto de alta complejidad, resulta necesaria la realización de estudios que analicen el efecto (directo, moderador o mediador) de diferentes tipos de variables sobre las medidas de resultado, así como la relación de éstas entre sí. Estas posibles variables mediadoras corresponden a los tres niveles de análisis siguientes:

- Socioculturales: referentes al contexto de aplicación. Prevalencia e incidencia de trastornos, tasas de

institucionalización, desempleo, nivel de pobreza, políticas sociosanitarias, disponibilidad de servicios, etc.

- Personales: variables sociodemográficas, funcionamiento sociolaboral previo, historial médico y psicopatológico (tipo y duración del trastorno, comorbilidad), tratamientos previos, relación anterior con los servicios de salud mental, apoyo social y familiar, etc.
- De la intervención: componentes del programa, fidelidad de la implementación, intensidad y calidad de los contactos, experiencia y motivación del equipo técnico, etc. Un aspecto importante en este sentido es la necesidad de incluir en el modelo ACT servicios específicos (con sus correspondientes profesionales), en función de los objetivos deseados (más allá de los aspectos puramente clínicos) y de las características concretas de la población objetivo, para obtener un incremento significativo de la efectividad del ACT. Varios autores hacen referencia a esta cuestión, por ejemplo, al tratar sobre individuos con un trastorno comórbido por uso de sustancias (muy frecuente en el caso del TMG; Drake 1998, Essock 2006), o de personas con TMG que están desempleadas (Schonebaum 2006) o en situación de “sin techo” (McHugo 2004).

VII. Implicaciones para la práctica

En función de los resultados obtenidos en esta revisión, especialmente en lo referente a los efectos del ACT en las tasas y duración de las hospitalizaciones, no existe una evidencia sólida sobre las ventajas de este modelo en la actualidad, excepto quizás para el mantenimiento del contacto con los pacientes y la satisfacción de estos. La recomendación de puesta en práctica del ACT debería guiarse por criterios de coste-efectividad, y siempre tras una evaluación rigurosa de los recursos comunitarios en salud mental ya existentes en el contexto de aplicación de que se trate, y de los resultados obtenidos hasta el momento.

VIII. Implicaciones para la investigación

La investigación futura sobre el modelo ACT debería analizar en qué tipo de pacientes y en qué tipo de contextos se obtienen resultados significativamente favorables al ACT, tanto desde una perspectiva estadística como clínica. Analizar conjuntamente los cambios producidos en las variables de resultados y sus influencias mutuas. Estudiar qué componentes de la intervención resultan más efectivos, y si esta efectividad se produce en interacción con las variables personales, o de forma selectiva sobre determinados resultados. De esta forma se irán delimitando progresivamente los componentes del modelo que puedan resultar realmente efectivos, así como el tipo de población y el contexto más favorable para su aplicación. La eliminación de componentes ineficaces y una implementación más selectiva y acorde a las diferencias individuales permitiría además un incremento del coste-efectividad de la aplicación del modelo.

Contribución de los autores y revisores externos

- *Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Miembro del CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dr. Amado J. Rivero Santana.* Psicólogo. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.
- *Dña. Marién González Lorenzo.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.
- *Dña. Jeanette Pérez Ramos.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.

Revisor externo

- *Dr. Carlos de las Cuevas Castresana.* Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría del Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna.

Referencias

1. Torrey WC, Drake RL, Dixon L. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 45-55.
2. Kuipers E. Psychological treatments for psychosis: evidence-based but unviable? *Psychiatr Rehabil Skills* 2000; 4: 249-58.
3. Blair CE, Aldridge EF. An instrument for measuring staff's Knowledge of behavior management principles (KBMQ) as applied to geropsychiatric clients in long-term care settings. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997; 28: 213-20.
4. Dipboye R. Organizational barriers to implementing a rational model of training. In M.A. Quinones & A. Ehrenstein (Eds.) *Training for a Rapidly Changing Workplace: Applications of Psychological Research*. Washington, DC: American Psychological Association; 1997.
5. Gifford D. A systems approach to developing staff training. *New Dir Ment Health Serv* 1998; 79: 25-34.
6. Jonikas J. *Staff competencies for service delivery staff in psychosocial rehabilitation programs*. Chicago: Thresholds National Research and Training Center on Rehabilitation and Mental Illness; 1993.
7. Torrey W, Bebout R, Kline J, et al. Practice guidelines for clinicians working in programs providing integrated vocational and clinical services for persons with severe mental disorder. *Psychiatr Rehabil J*. 1998; 2: 388-93.
8. Haddon M, Milne D. Attributes to community care: development of a questionnaire for professionals. *J Ment Health* 1995; 4: 289-96.
9. Good T, Berenbaum H, Nisenson L. Residential caregiver attitudes toward seriously mentally ill persons. *Psychiatry* 2000; 63: 23-33.

10. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 177-84.
11. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 669-75.
12. Assertive Community Treatment Literature Review. Falls Church, Va, Lewin Group 2000.
13. Deci PA, Santos AB, Hiott DW. Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 676-8.
14. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de la Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
15. Marx AJ, Test MA, Stein LI. Extra hospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29:505-11.
16. Stein LI. *Innovating Against the Current*. Madison, Mental Health Research Center, University of Wisconsin 1992.
17. Stein LI, Santos AB. *Assertive Community Treatment of Persons With Severe Mental Illness*. New York: Norton; 1998.
18. Test MA. Training in community living. In Liberman RP (ed.) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Macmillan; 1992.
19. Stein LI, Test MA. Alternative to mental health treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:392-7.
20. Meisler N. Assertive community treatment initiatives: results from a survey of selected state mental health authorities. *Community Support Network News* 1997; 11:3-5.
21. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998; Issue 2. Art. N°.: CD001089.

22. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I, et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomized trial. *Lancet* 1999; 353: 2185-9.
23. Harrison-Read P, Lucas B, Tyrer P. Heavy users of acute psychiatric beds: randomized control trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychol Med* 2002; 32: 403-16.
24. 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: 815-8.
25. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Dis Manag Health Outcome* 2001; 9: 141-59.
26. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 185-96.
27. Cosden M, Ellens J, Schnell J, Yamini DY. Efficacy of a Mental Health Treatment Court with assertive community treatment. *Behav Sci Law* 2005; 23: 199-214.
28. Fekete DM, Bond GR, McDonel EC, Salyers M, Chen A, Miller L et al. Rural assertive community treatment: A field experiment. *Psychiatr Rehabil J* 1998; 21; 371-9.
29. Bond GR, Salyers MP. Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS Spectr* 2004; 9: 937-42.
30. Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE. Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 248-54.
31. National Institute of Mental Health. *Towards a Model for a Comprehensive Community Based Mental Health System*. Washington DC: NIMH; 1987.

32. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuaid HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17: 1-12.
33. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitaci3n vocacional para personas con enfermedades mentales graves (revisi3n Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 N3mero 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD003080.pdf>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
34. Torrey EF. *Surviving schizophrenia: A manual for families, consumers and providers*. 3rd ed. New York: Harper-Collins; 1995.
35. Weiden PJ, Olsson M. The cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 21:419-28.
36. Bond GR, Miller LD, Krumwied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 411-8.
37. Morse GA, Calsyn RJ, Allen G, Tempelhoff B, Smith R. Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 1005-10.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Plataforma de acceso	Periodo buscado	Fecha acceso	Nº de resultados obtenidos
MEDLINE	OVID	1997 hasta 1ª semana de agosto 2007	13 de agosto de 2007	435
EMBASE	OVID	1996 - 2007 semana 32	13 de agosto de 2007	564
Medline in process and other non-indexed citations	OVID	Hasta 10 de agosto de 2007	13 de agosto de 2007	9
PsycInfo	EBSCOHost	1997 - agosto 2007	13 de agosto de 2007	647
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	Universidad de York	1997 - agosto 2007	14 de agosto de 2007	105
CENTRAL	Ministerio de Sanidad y Consumo	Versión 2007, nº 2	14 de agosto de 2007	159
Cochrane	Ministerio de Sanidad y Consumo	Versión 2007, nº 2	14 de agosto de 2007	31
CINAHL	OVID	1997 hasta 2ª semana de agosto 2007	14 de agosto de 2007	475
Science Citation Index (SCI)	Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia	1997 - 2007	14 de agosto de 2007	190
Total con duplicados: 2.613				
Total sin duplicados: 1.619				

MEDLINE

- 1) exp Schizophrenia/
- 2) exp Paranoid Disorders/
- 3) schizo\$.ti,ab.
- 4) hebephreni\$.ti,ab.
- 5) oligophreni\$.ti,ab.
- 6) psychotic\$.ti,ab.
- 7) psychos#s.ti,ab.
- 8) ((chronic\$ or sever\$) adj2 mental\$ adj2 (ill\$ or disorder\$)).ti,ab.
- 9) 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8
- 10) (tardiv\$ adj dyskine\$).ti,ab
- 11) akathisi\$.ti,ab.
- 12) acathisi\$.ti,ab.
- 13) (neuroleptic\$ and (malignant adj2 syndrome)).ti,ab.
- 14) parkinsoni\$.ti,ab.
- 15) (neuroleptic\$ and movement and disorder\$).ti,ab.
- 16) neuroleptic-induc\$.ti,ab.
- 17) (parkinson's adj1 disease).ti.
- 18) 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16
- 19) 18 not 17
- 20) exp Dyskinesia, Drug-Induced/
- 21) exp Akathisia, Drug-Induced/
- 22) exp Neuroleptic Malignant Syndrome/
- 23) 19 or 20 or 21 or 22
- 24) 9 or 23
- 25) ((case or care) adj management).mp.
- 26) CPA.ti,ab.
- 27) (care adj1 programme adj1 approach).ti,ab.
- 28) (assertive adj1 community adj1 treatment).ti,ab.
- 29) PACT.ti,ab.
- 30) TCL.ti,ab.
- 31) (training adj (community adj1 living)).ti,ab.
- 32) (madison adj4 model).ti,ab.
- 33) 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32
- 34) 24 and 33
- 35) limit 34 to yr="1997 - 2007"

EMBASE

- 1) (schizo\$ or psychotic\$).mp. or psychos#s.ti,ab.
- 2) exp SCHIZOPHRENIA/
- 3) exp PSYCHOSIS/
- 4) ((chronic\$ or severe\$ or persistent\$) adj (mental\$ or psychological\$) adj (disorder\$ or ill\$)).ti,ab.
- 5) exp Mental Patient/
- 6) (tardiv\$ adj dyskine\$).ti,ab.
- 7) akathisi\$.ti,ab.
- 8) (neuroleptic\$ and (malignant adj2 syndrome)).ti,ab.
- 9) exp Tardive Dyskinesia/
- 10) exp AKATHISIA/
- 11) exp AKATHISIA/
- 12) exp AKATHISIA/
- 13) (neuroleptic\$ and movement and disorder\$).ti,ab.
- 14) 1 or 2 or 3 or 4 or 5
- 15) parkinsoni\$.ti,ab.
- 16) neuroleptic-induced.ti,ab.
- 17) 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 15 or 16
- 18) parkinson's.ti.
- 19) 17 not 18
- 20) 19 or 14
- 21) ((case or care) adj management).mp.
- 22) CPA.ti,ab.
- 23) (care adj1 programme adj1 approach).ti,ab.
- 24) (assertive adj1 community adj1 treatment).ti,ab.
- 25) PACT.ti,ab.
- 26) TCL.ti,ab.
- 27) (training adj (community adj1 living)).ti,ab.
- 28) (madison adj4 model).ti,ab.
- 29) 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28
- 30) 20 and 29

PsycInfo

- 1) (schizo* OR hebephreni* OR oligophreni* OR psychotic* OR psychosis OR psychoses)
- 2) chronic* N2 mental* N2 ill*
- 3) chronic* N2 mental* N2 disorder*
- 4) sever* N2 mental* N2 ill*
- 5) sever* N2 mental* N2 disorder*
- 6) (((DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Childhood Schizophrenia" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Process Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Schizophreniform Disorder" OR DE "Undifferentiated Schizophrenia")))
- 7) (((((DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Alcoholic Psychosis" OR DE "Capgras Syndrome" OR DE "Childhood Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis" OR DE "Experimental Psychosis" OR DE "Hallucinosi*" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Postpartum Psychosis" OR DE "Reactive Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Senile Psychosis" OR DE "Toxic Psychoses")))))
- 8) DE "Schizoaffective Disorder"
- 9) (S8 or S7 or S6 or S5 or S4 or S3 or S2 or S1)
- 10) tardiv* N5 dyskine*
- 11) (akathisi* OR acathisi*)
- 12) malignant N2 syndrome
- 13) neuroleptic*
- 14) (S13 and S12)
- 15) ((S13 and movement and disorder*))
- 16) parkinsoni*
- 17) neuroleptic-induc*
- 18) TI (parkinson's N1 disease)
- 19) (S17 or S16 or S15 or S14 or S11 or S10)
- 20) (s19 not s18)
- 21) DE "Neuroleptic Malignant Syndrome"
- 22) ((DE "Dyskinesia" OR DE "Bradykinesia" OR DE "Myoclonus" OR DE "Tardive Dyskinesia"))
- 23) DE "Akathisia"
- 24) DE "Parkinsonism"
- 25) (S24 or S23 or S22 or S21 or S20)
- 26) (S25 or S9)
- 27) DE "Case Management"

- 28) case N5 management
- 29) care N5 management
- 30) CPA
- 31) care N1 programme N1 approach
- 32) (assertive N1 community N1 treatment)
- 33) PACT
- 34) TCL
- 35) training N3 community N3 living
- 36) madison N4 model
- 37) (S36 or S35 or S34 or S33 or S32 or S31 or S30 or S29 or S28 or S27)
- 38) (S37 and S26)
- 39) (S26 and S37)
- 40) (S26 and S37)

CINAHL

- 1) exp Psychotic Disorders/
- 2) schizo\$.mp.
- 3) (psychosis or psychoses).mp.
- 4) psychotic\$.mp.
- 5) ((chronic\$ or sever\$) and (mental\$ and (ill\$ or disorder\$))).mp.
- 6) (oligophreni\$ or hebephreni\$).mp.
- 7) 1 or 2 or 3 or 5 or 6
- 8) (tardiv\$ adj dyskine\$).ti,ab.
- 9) (akathisi\$ or acathisi\$).ti,ab.
- 10) (neuroleptic\$ and (malignant adj2 syndrome)).ti,ab.
- 11) (neuroleptic\$ and movement and disorder\$).ti,ab.
- 12) parkinsoni\$.ti,ab.
- 13) neuroleptic-induc\$.ti,ab.
- 14) (parkinson's adj1 disease).ti.
- 15) 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13
- 16) 15 not 14
- 17) exp Movement Disorders/
- 18) Akathisia, Drug-Induced/
- 19) Dyskinesia, Drug-Induced/
- 20) Neuroleptic Malignant Syndrome/
- 21) 16 or 17 or 18 or 19 or 20
- 22) 7 or 21

- 23) Case Management/
- 24) ((case or care) adj management).mp.
- 25) CPA.ti,ab.
- 26) (care adj1 programme adj1 approach).ti,ab.
- 27) (assertive adj1 community adj1 treatment).ti,ab.
- 28) PACT.ti,ab.
- 29) TCL.ti,ab
- 30) (madison adj4 model).ti,ab.
- 31) 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
- 32) 22 and 31
- 33) limit 32 to yr="1997 - 2007"

Premedline

- 1) schizo\$.mp.
- 2) (psychosis or psychoses).mp.
- 3) psychotic\$.mp.
- 4) 1 or 2 or 3
- 5) ((case or care) adj management).ti,ab.
- 6) CPA.ti,ab.
- 7) (care adj1 programme adj1 approach).ti,ab.
- 8) (assertive adj1 community adj1 treatment).ti,ab.
- 9) PACT.ti,ab.
- 10) TCL.ti,ab.
- 11) (training adj (community adj1 living)).ti,ab.
- 12) (madison adj4 model).mp.
- 13) 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
- 14) 4 and 13

CRD

- 1) MeSH Schizophrenia EXPLODE 1
- 2) MeSH Paranoid Disorders EXPLODE 1
- 3) schizo*
- 4) psychotic* OR psychosis OR psychoses
- 5) chronic NEAR mental NEAR disorder
- 6) chronic* NEAR mental* NEAR disorder*
- 7) chronic* NEAR mental* NEAR ill*
- 8) sever* NEAR mental* NEAR ill*
- 9) sever* NEAR mental* NEAR disorder*

- 10) #1 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9
- 11) MeSH Case Management EXPLODE 1
- 12) case NEAR management
- 13) care NEAR management
- 14) CPA
- 15) care AND programme AND approach
- 16) "care programme approach"
- 17) "assertive community treatment"
- 18) PACT
- 19) TCL
- 20) training NEAR "community living"
- 21) madison NEAR model
- 22) #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21
- 23) #10 AND #22
- 24) #23 RESTRICT YR 1997 2007

CENTRAL

- 1) SCHIZOPHRENIA expandir todos los árboles (MeSH)
- 2) PARANOID DISORDERS expandir todos los árboles (MeSH)
- 3) schizo*
- 4) hebephreni*
- 5) oligophreni*
- 6) psychotic*
- 7) psychosis
- 8) psychoses
- 9) (chronic* and mental* and ill*)
- 10) (chronic* and mental* and disorder*)
- 11) (sever* and mental* and ill*)
- 12) (sever* and mental* and disorder*)
- 13) (#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12)
- 14) (tardiv* and dyskine*)
- 15) akathisi*
- 16) acathisi*
- 17) (neuroleptic* and malignant and syndrome)
- 18) (neuroleptic* and movement and disorder*)
- 19) parkinsoni*
- 20) neuroleptic-induc*
- 21) (parkinson* and disease:ti)

- 22) (#14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20)
- 23) (#22 and (not #21))
- 24) DYSKINESIA DRUG-INDUCED expandir todos los árboles (MeSH)
- 25) AKATHISIA DRUG-INDUCED expandir todos los árboles (MeSH)
- 26) NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME expandir todos los árboles (MeSH)
- 27) (#23 or #24 or #25 or #26)
- 28) (#13 or #27)
- 29) CASE MANAGEMENT expandir todos los árboles (MeSH)
- 30) (case next management)
- 31) (care next management)
- 32) cpa
- 33) (care next programme next approach)
- 34) (assertive next community next treatment)
- 35) pact
- 36) tcl
- 37) (training next community next living)
- 38) (madison next model)
- 39) (#29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #38)
- 40) (#28 and #39)
- 41) #40 (1997 hasta la fecha actual)

CENTRAL Cochrane Reviews

- 1) SCHIZOPHRENIA expandir todos los árboles (MeSH)
- 2) PARANOID DISORDERS expandir todos los árboles (MeSH)
- 3) schizo*
- 4) (psychotic* or psychosis or psychoses)
- 5) (chronic* and mental* and disorder*)
- 6) (chronic* and mental* and ill*)
- 7) (sever* and mental* and ill*)
- 8) (sever* and mental* and disorder*)
- 9) (#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8)
- 10) cpa
- 11) (care next programme next approach)
- 12) (assertive next community next treatment)
- 13) pact
- 14) tcl
- 15) (training next community next living)

- 16) (madison next model)
- 17) (#10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16)
- 18) (#9 and #17)
- 19) #18 (1997 hasta la fecha actual)

SCI

- 1) TS=schizo* DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 2) TS=(psychosis or psychoses or psychotic*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 3) TS=(chronic* SAME mental* SAME ill*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 4) TS=(chronic* SAME mental* SAME disorder*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 5) TS=(sever* SAME mental* SAME ill*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 6) TS=(sever* SAME mental* SAME disorder*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 7) #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 8) TS=(CPA OR PACT OR TCL) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 9) TS=(care SAME programme SAME approach) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 10) TS=(assertive SAME community SAME treatment) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 11) TS=(training SAME community living) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 12) TS=(madison SAME model) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1900-2007
- 13) #12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1997-2007
- 14) #13 AND #7 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1997-2007

Anexo 2. Escala de Jadad

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

	Sí	No	Bonificación
1. ¿Se menciona si el estudio es aleatorizado?			
2. ¿Se menciona si el estudio es doble ciego? (enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores)			
3. ¿Se describen las pérdidas de seguimiento?			
Puntuación final			

Puntuación final: 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)

MÉTODO DE PUNTUACIÓN:

Se da 1 punto para cada SÍ y 0 puntos para cada NO.

Se da 1 punto adicional si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y éste es adecuado y/o
- en la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigadores y éstos son adecuados

Se resta 1 punto si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y es inadecuado y/o
- en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado.

Escala adaptada de: Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clin Trials 1996;17:1-12

Anexo 3. Niveles y grados de evidencia

Gradación de la evidencia (según la jerarquía de evidencia del NICE)	
Nivel	Tipo de Evidencia
la	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis.
lb	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo controlado y aleatorizado.
IIa	Al menos un estudio controlado sin aleatorización, bien diseñado.
IIb	Al menos un estudio quasi-experimental bien diseñado de otro tipo.
III	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos.
IV	Comités de expertos, artículos de opinión y / o experiencia clínica de autoridades en la materia.

Sistema de gradación para estudios individuales	
Grado I (RCT)	<p>la - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>lb - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>lc - ninguna de las anteriores</p>
Grado II. Ensayos controlados no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión	<p>IIa - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados y ajuste de los efectos por las principales variables de confusión.</p> <p>IIb – una o más de las anteriores.</p>
Grado III. Resto de estudios	<p>IIIa – grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>IIIb – al menos 2 de las anteriores.</p> <p>IIIc – ninguna de las anteriores.</p>

Anexo 4. Referencias Estudios Incluidos

Autor y año	Referencia
Calsyn 1998	Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Trusty ML, Allen G. The impact of assertive community treatment on the social relationships of people who are homeless and mentally ill. <i>Community Mental Health Journal</i> 1998; 34: 579-93.
Calsyn 2002	Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Yonker RD, Trusty ML. Moderators and mediators of client satisfaction in case management programs for clients with severe mental illness. <i>Mental Health Services Research</i> 2002; 4: 267-75.
Calsyn 2005	Calsyn RJ, Yonker RD, Lemming MR, Morse GA, Klinkenberg WD. Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. <i>Criminal Behaviour and Mental Health</i> 2005; 15: 236-48.
Morse 1997	Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML, Gerber F, Smith R et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. <i>Psychiatric Services</i> 1997; 48: 497-503.
Morse 2006	Morse GA, Calsyn RJ, Dean KW, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. <i>Community Mental Health Journal</i> 2006; 42: 377-404.
Cosden 2005	Cosden M, Ellens J, Schnell J, Yamini DY. Efficacy of a Mental Health Treatment Court with assertive community treatment. <i>Behavioral Sciences & the Law</i> 2005; 23: 199-214.
Chandler 1999	Chandler D, Spicer G, Wagner M, Hargreaves W. Cost-effectiveness of a capitated assertive community treatment program. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1999; 22: 327-36.
Dekker 2002	Dekker J, Wijdenes W, Koning YA, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H et al. Assertive community treatment in Amsterdam. <i>Community Mental Health Journal</i> 2002; 38: 425-34.

Autor y año	Referencia
Drake 1998	Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, Teague GB, Xie H, Miles K et al. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. <i>The American Journal of Orthopsychiatry</i> 1998; 68: 201-15.
Essock 1998	Essock SM, Frisman LK, Kontos NJ. Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. <i>The American Journal of Orthopsychiatry</i> 1998; 68: 179-90.
Essock 2006	Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Cowell NH, McHugo GJ, Frisman LK et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. <i>Psychiatric Services</i> 2006; 57: 185-196.
Fekete 1998	Fekete DM, Bond GR, McDonel EC, Salyers M, Chen A, Miller L et al. Rural assertive community treatment: A field experiment. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1998; 21: 371-9.
Gold 2006	Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J et al. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 2006; 32: 378-95.
Herinckx 1997	Herinckx HA, Kinney RF, Clarke GN, Paulson RI. Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. <i>Psychiatric Services</i> 1997; 48: 1297-306.
Clarke 2000	Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF, Paulson RI, Cutler DL, Lewis K et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. <i>Mental Health Services Research</i> 2000; 2: 155-64.
Jerrell 1999	Jerrell JM. Skill, symptom, and satisfaction changes in three service models for people with psychiatric disability. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1999; 22: 342-8.
Lehman 1997	Lehman AF, Dixon LB, Keman E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. <i>Archives of General Psychiatry</i> 1997; 54: 1038-43.

Autor y año	Referencia
Kenny 2004	Kenny DA, Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Winter JP, Trusty ML et al. Evaluation of treatment programs for persons with severe mental illness: moderator and mediator effects. <i>Evaluation Review</i> 2004; 28: 294-324.
Killaspy 2006	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>British Medical Journal</i> 2006; 332: 815-8.
Macias 2006	Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA, Jones DR, Barreira PJ, Wang Q et al. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. <i>Psychiatric Services</i> 2006; 57: 1406-15.
Sconebaum 2006	Sconebaum AD, Boyd JK, Dudek KJ. A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. <i>Psychiatric Services</i> 2006; 57: 1416-20.
McHugo 2004	McHugo GJ, Babout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 2004; 30: 969-82.
Salkever 1999	Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J et al. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. <i>Health Services Research</i> 1999; 34: 577-601.
Sytema 2007	Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: A randomized controlled trial. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> 2007; 116: 105-12.

Anexo 5. Referencias Estudios Excluidos

Autor y año	Referencia
Ahrens 1999	Ahrens CS, Frey JL, Burke SCS. An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness. <i>Journal of Applied Rehabilitation Counseling</i> 1999; 65(4): 17-24.
Angell 2002	Angell B, Test MA. The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 2002; 28(2): 259-71.
Becker 1998	Becker T, Holloway F, McCrone P, Thornicroft G. Evolving service interventions in Nunhead and Norwood. <i>PRISM Psychosis Study</i> . 2. <i>British Journal of Psychiatry</i> 1998; 173: 371-75.
Burns 2000	Burns T, Fiander M, Kent A, Ukoumunne OC, Byford S, Fahy T, et al. Effects of case-load size on the process of care of patients with severe psychotic illness. Report from the UK700 trial. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2000; 177: 427-33.
Burns 2001	Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. Case management and assertive community treatment in Europe. <i>Psychiatric Services</i> 2001; 52: 631-36.
Bustillo 1999	Burns T. Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 2000; 102(407): 11-4.
Bustillo 1999	Bustillo JR, Lauriello J, Keith SJ. Schizophrenia: improving outcome. <i>Harvard Review of Psychiatry</i> 1999; 6(5): 229-40.
Bustillo 2001	Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. <i>American Journal of Psychiatry</i> 2001; 158(2): 163-75.

Autor y año	Referencia
Candosa 2006	Candosa JM, Carnicero EP, Jambriña JUM, Test MA, Killaspy H. Assertive community treatment ACT of patients with severe mental illness. Acta Psychiatrica Scandinavica 2006; 114: 30.
Craig 2007	Craig M, Coldwell CM, Bender SW. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. American Journal of Psychiatry 2007; 164: 393-99.
Gold 2003	Gold PB, Meisler N, Santos AB, Keleher J, Becker DR, Knoedler WH, et al. The Program of Assertive Community Treatment: Implementation and Dissemination of an Evidence-Based Model of Community-Based Care for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. Cognitive and Behavioral Practice 2003; 10(4): 290-303.
Gomory 1999	Gomory T. Programs of assertive community treatment (PACT): A critical review. Ethical Human Sciences and Services 1999; 1: 147-63.
Gorey 1998	Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. Community Mental Health Journal; 1998 34(3): 241-50.
Hamernik 1999	Hamernik E, Pakenham KI. Assertive Community Treatment for persons with severe mental disorders: A controlled treatment outcome study. Behaviour Change; 1999 16(4): 259-68.
Herdelin 1999	Herdelin AC, Scott DL. Experimental studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT). Journal of Disability Policy Studies 1999; 10(1): 53-89.
Holloway 2001	Holloway F, Carson J. Case management: an update. International Journal of Social Psychiatry 2001; 47(3): 21-31.
Kuipers 2004	Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S, Tennakoon L. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004; 39(5): 358-63.

Autor y año	Referencia
Lim 2005	Lim CG, Koh CW, Lee C, Poon WC. Community psychiatry in Singapore: a pilot assertive community treatment (ACT) programme. <i>Annals of the Academy of Medicine, Singapore</i> 2005; 34(1): 100-04.
Marshall 2007	Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos. En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2.Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com/pdf/CD001089.pdf</i>
Marshall 1998	Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 1998; Issue 2. Art. No.: CD000050.
Marshall 2000	Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 1998; Issue 2. Art.: CD001089.
Marshall 2000	Marshall M, Creed F. Assertive community treatment - is it the future of community care in the UK? <i>International Review of Psychiatry</i> 2000; 12: 191-96.
McDone 1997	McDonel EC, Bond GR, Salyers M, Fekete D, Chen A, McGrew JH, et al. Implementing assertive community treatment programs in rural settings. <i>Administration and Policy in Mental Health</i> 1997; 25(2): 153-73.
Meisler 1997	Meisler N, Blankertz L, Santos AB, McKay C. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. <i>Community Mental Health Journal</i> 1997; 33: 113-22.
Mowbray 1997	Mowbray CT, Collins ME, Plum TB, Masterton T, Mulder R, Harbinger I. The development and evaluation of the first PACT replication. <i>Administration and Policy in Mental Health</i> 1997; 25(2): 105-23.
Mueser 1998	Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 1998; 24: 37-74.

Autor y año	Referencia
Mueser 2000	Mueser KT, Bond GR. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2000; 13(1): 27-35.
Mueser 2000	Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: A review of the research. <i>Psychiatric Services</i> 2000; 53(10): 1272-84.
Mueser 2003	Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. <i>Behavior Modification</i> 2003; 27(3): 387-411.
Neale 2000	Neale MS, Rosenheck RA. Therapeutic Limit Setting in an assertive community treatment program. <i>Psychiatric Services</i> 2000; 51(4): 499-505.
Petersen 2005	Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M-B, 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>British Medical Journal</i> 2005; 331(7517): 602-5.
Phillips 2001	Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, et al. Moving assertive community treatment into standard practice. <i>Psychiatric Services</i> 2001; 52(6): 771-79.
Ramsay 2000	Ramsay R. Severe mental illness and care in the community (editorial). <i>Cpd Bulletin Psychiatry</i> 2000; 2(1): 4-8.
Resnick 2003	Resnick SG, Neale MS, Rosenheck RA. Impact of public support payments, intensive psychiatric community care, and program fidelity on employment outcomes for people with severe mental illness. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i> 2003; 191(3): 139-44.
Ritch 2002	Ritch JL, Velligan DI, Dicooco M, Pritchard TA, Miller AL. The efficacy of cognitive adaptation training versus assertive community treatment for improving functional outcomes. <i>Schizophrenia Research</i> 2002; 53: 210.

Autor y año	Referencia
Rosenheck 2001	Rosenheck RA, Dennis D. Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. <i>Archives of General Psychiatry</i> 2001; 58(11): 1073-80.
Rosenheck 2002	Rosenheck RA, Lam J, Morrissey JP, Calloway MO, Stolar M, Randolph F, et al. Service systems integration and outcomes for mentally ill homeless persons in the ACCESS program. <i>Psychiatric Services</i> 2002; 53(8): 958-66.
Rosenheck 2004	Rosenheck RA, Neale MS. Therapeutic limit setting and six-month outcomes in a veterans affairs assertive community treatment program. <i>Psychiatric Services</i> 2004; 55(2): 139-44.
Saez 2007	Saez HV, Valencia ES. Adapting assertive community treatment (ACT) for use among hard-to-treat people with severe mental illness in S-Hertogenbosch, The Netherlands. <i>European Psychiatry</i> 2007; 22(1): S212-13.
Tam 2007	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>Psychiatric Services</i> 2007; 58(4): 457-9.
Teague 1998	Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 1998; 68(2): 216-32.
Thøgersen 2005	Thøgersen MH, Nordentoft M. Assertive community treatment versus standard psychiatric treatment for severely mentally ill patients in Denmark. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 2005; 31(2): 534.
Tyrer 2003	Tyrer P, Sirmmonds S. Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2003; 182: S15-S18.

