

**ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE EQUIPOS DE  
TRATAMIENTO INTENSIVO COMUNITARIO EN  
ANDALUCÍA.**

**OBJETIVOS Y FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL  
PSICÓLOGO CLÍNICO**

**Grupo de trabajo ETIC de la SEPCA**

## **I. EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO: UN PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN EVOLUCIÓN.**

La respuesta asistencial a las complejas necesidades que las personas con enfermedad mental grave pueden exhibir en la comunidad hace ineludible la opción de enfoques más flexibles, proactivos y coordinados (1) (2). Existe un importante consenso en que sólo a través de este tipo de estrategias se va a poder garantizar la cercanía y operatividad en las respuestas asistenciales tan necesaria para la continuidad de cuidados. Los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) nacieron en la década de los 80 con el objetivo de atender a este tipo de perfil de usuarios y han acumulado a lo largo de estos años evidencia de eficacia que ha estado muy vinculada a que las intervenciones sean fieles a sus principios rectores básicos (3) (4). Desafortunadamente, este desarrollo no se ha producido en la mayoría de las ocasiones y ha llevado a que algunos autores postulen que el término está trivializado en grado extremo (5) y se utiliza para definir realidades asistenciales que poco o nada tienen que ver con un verdadero equipo ETAC.

Aun así, los contextos asistenciales han cambiado de manera notable desde que los primeros equipos ETAC comenzaron a funcionar, lo que ha traído como consecuencia necesaria el que estos tengan que, sin modificar la esencia de sus principios, incorporar modificaciones que optimicen sus resultados. Esto es especialmente relevante, más teniendo en cuenta que en la última década se ha ido acumulando evidencia empírica, sobre todo en el contexto europeo, que cuestiona la eficacia planteada en los primeros estudios y en la que se subraya que los equipos ETAC tradicionales no aportan una mejora significativa, ni en parámetros propiamente clínicos, ni en consumo de servicios con respecto al tratamiento estándar (6) (7) (8) (9). Sobre la base de estos trabajos se han tomado decisiones de gestión relevantes, desmantelándose de manera generalizada los equipos ETAC originales para adaptarlos y hacerlos más eficaces y eficientes (10) (11) (12). Actualmente la creación de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario Flexible (FACT) es la opción que parece imponerse y que cuenta con mayor respaldo de resultados (13) (14) (15).

La constitución de estos nuevos equipos FACT trae cambios muy relevantes con respecto a los anteriores que creemos necesario apuntar. El primero de ellos alude a la **ampliación de la cartera de servicios**. Los primeros ETAC estaban muy centrados en aspectos esenciales, pero muy básicos, articulados alrededor del concepto de cuidado. Se hacía especial hincapié en la cumplimentación del tratamiento farmacológico y en la resolución, acompañamiento o apoyo de la persona afectada en los aspectos concretos de su funcionamiento cotidiano donde pudiera exhibir deficiencias. Sin embargo, el concepto de cuidado está ampliamente superado en los nuevos desarrollos, en los ha sido sustituido por el de competencia. La idea ahora no es la de suplementar, sino la de dotar de recursos personales y familiares de manejo que permitan, en última instancia el afrontamiento activo y la recuperación del sentimiento de control personal. Por ello no es imaginable un equipo ETAC sin que este pueda dar respuestas concretas en áreas como la psicoterapia individual, el abordaje familiar reglado, el entrenamiento en habilidades de coping para el manejo de síntomas activos, la resiliencia o la cognición social. Un segundo aspecto, consecuencia directa del primero, tiene que ver con la **incorporación de nuevos perfiles profesionales**. De manera habitual, los equipos ETAC clásicos, de forma coherente con lo que era su finalidad básica, estaban compuestos por psiquiatras, enfermeros y personal adicional (generalmente monitores o auxiliares de enfermería) en proporción variable. Este diseño de equipos es considerado en la actualidad abiertamente insuficiente, siendo imprescindible la incorporación de nuevos profesionales para dar respuesta a las nuevas demandas de intervención. Tan imprescindible es este nuevo dimensionamiento de los equipos que en las escalas de fidelización a los procedimientos se apunta como una condición sin la cual la conceptualización de un equipo como ETAC no sería posible (16) (17). De manera adicional, la limitación de acceso a procedimientos con evidencia, que podrían ser claves en el proceso de recuperación, que se deriva del reduccionismo en los perfiles profesionales, no solo es abiertamente intolerable desde la perspectiva del usuario, sino que sitúa la atención en unas condiciones muy precarias y alejadas de los estándares de calidad mínimos exigibles. El papel del psicólogo clínico en este nuevo contexto es central como medio para garantizar que buena parte de la nueva oferta asistencial incluida en la cartera de servicios del ETAC pueda ser llevada a cabo de manera efectiva. Un tercer aspecto tiene que ver

con la **introducción del modelo de recuperación**. El modelo de recuperación es una orientación que ha ido calando en los servicios de salud mental y que hoy día se considera uno de los ejes de la atención a las personas con TMG. Adaptar la filosofía general del ACT a estos principios requiere de cambios profundos que van a afectar tanto a las propias actitudes implícitas de los profesionales (abandono del paternalismo terapéutico, evitación de la “coerción amistosa”) como a la forma en la que proveen la atención y establecen la relación con el usuario (18) (19) (20). La inclusión de la psicología clínica entre los nuevos perfiles profesionales va, sin duda, a ejercer un efecto dinamizador y enriquecedor a este respecto. Un cuarto aspecto, tiene que ver con la **ampliación a nuevos perfiles de usuarios**. De manera tradicional el perfil de usuario de los equipos ETAC era el paciente con TMG, generalmente de larga evolución y con problemas de vinculación con los servicios. Actualmente se está reivindicando de manera continuada la posibilidad de poder incorporar usuarios más jóvenes en los que se apunta que los equipos FACT pueden ser también útiles (21). El perfil de necesidades de esta población sobrepasa con creces el modelo de cuidado original y subraya, aún más si cabe, la necesidad de incorporar nuevas aproximaciones terapéuticas sin las cuales el ETAC va a resultar, no solo poco eficaz, sino escasamente atractivo en orden a establecer la vinculación de estos usuarios al procedimiento. Un quinto y último aspecto tiene que ver con la **limitación temporal de las intervenciones** y la posibilidad de altas. Hoy día no parece asumible desde un punto de vista asistencial esa idea implícita de que no se puedan producir altas dentro de los equipos ETAC. Diferentes autores han planteado el que, si los nuevos equipos de FACT se centran realmente en la dotación de recursos personales, la posibilidad de altas, no solo es algo deseable, sino posible (22) (23). Por contra mantener equipos ETAC clásicos, con limitaciones tanto a nivel de profesionales, como de oferta asistencial y con el modelo del cuidado y la suplementación como implícito va a producir el que las altas sean poco probables, cuando no imposibles. El riesgo reside en que cuando estas se produzcan y el paciente pase a condiciones asistenciales en las que el cuidado es menor la probabilidad de recaída se vea notablemente incrementada (24) (25).

Con todo lo apuntado como fondo es plausible el concluir que los equipos ETAC son necesarios, pero solo si se adecuan a las nuevas exigencias del contexto

actual en el que nos movemos, tanto a nivel asistencial como de datos empíricos acumulados. Es absolutamente necesario que la política sanitaria se implemente alrededor del conocimiento científico, sólo de esta forma se logrará una verdadera resolución de las necesidades de los usuarios que son en última instancia el eje motivador de todo el proceso.

## **II. EVIDENCIA SOBRE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS, PSICOSOCIALES Y OTRAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON TMG**

La revisión de la evidencia se ha basado tanto en el Informe de la agencia gubernamental de calidad AHRQ<sup>26</sup>, publicado en 2017 en los Estados Unidos, como en la adaptación y actualización de la guía *NICE* realizada por el Servicio Andaluz de Salud<sup>27</sup>, sobre los tratamientos para la esquizofrenia en adultos (dado que es previsible que buena parte de la población objeto de los ETIC tengan este diagnóstico u otros de tipo psicótico), que presentan los resultados tanto para los tratamientos psicológicos y psicosociales como para los tratamientos farmacológicos. Para el objeto de este informe, nos referiremos sólo a los resultados relativos a los tratamientos psicológicos y psicosociales. Los estudios incluidos en las revisiones para el resumen de evidencia, informaron que las intervenciones psicológicas, psicosociales y otras intervenciones no farmacológicas se administraron además de la atención habitual, que típicamente incluye tratamiento con antipsicóticos. La base de evidencia que presenta la AHRQ se compone de 13 revisiones sistemáticas (11 de buena calidad, 2 de calidad moderada) que incluyeron 271 ensayos (N = 25.050) relevantes para este informe. Además, se incluyeron 27 ensayos que no estaban incluidos en estas revisiones (N = 6.404). De estos nuevos ensayos, 4 fueron buenos, 20 de calidad moderada y 3 de mala calidad.

En general, al igual que lo encontrado para las intervenciones farmacológicas en este informe resumen de evidencia de la AHRQ y de la GDGNICE, la intervención psicológica y psicosocial tuvo una evidencia de suficiente fortaleza para

cualquier resultado de interés, aunque también, al igual que en aquellas, se encontró evidencia de fuerza algo más limitada para algunos resultados. Estos resultados ponen de manifiesto la relevancia de incluir intervenciones psicológicas y psicosociales junto a las farmacológicas para conseguir unos beneficios terapéuticos superiores al tratamiento farmacológico sólo, que también ha demostrado una evidencia de eficacia limitada.

Dado que las diferentes intervenciones demuestran eficacia moderada en algunos dominios y algo más baja en otros, la implementación de una intervención multicomponente, incluyendo diferentes intervenciones psicológicas y psicosociales, se muestra como una alternativa potencialmente más eficaz, como demuestran los resultados de las intervenciones multicomponente dirigidas a primeros episodios psicóticos y en una organización de equipos basados en el trabajo comunitario como demuestra la eficacia del enfoque de tratamiento asertivo comunitario.

### ***Resultados de los beneficios de las intervenciones revisadas***

**Terapia cognitivo-conductual (TCC).** En general, los hallazgos del resumen de evidencia de la AHRQ sobre la TCC son consistentes con hallazgos anteriores, excepto que encontraron resultados adicionales en los que la TCC mostró un mayor beneficio sobre la atención habitual. De acuerdo con otras revisiones, encontraron que la TCC es eficaz para mejorar los síntomas centrales del trastorno con duraciones de tratamiento de 8 semanas a 5 años y, además, para resultados distintos a los síntomas (por ejem. resultados funcionales), incluso cuando esos resultados no eran el foco central de la TCC.

La revisión que presenta la GDGNICE (31 ECA, N = 3.052) encontró evidencia consistente de que la TCC fue eficaz en la reducción tanto de las tasas de reingreso hospitalario (hasta 18 meses después de la finalización del tratamiento) como en la duración del ingreso (8,26 días de media). Estos indicadores suponen, además, ahorros de coste netos del Sistema de Salud. También reduce la severidad de los síntomas, medido por escalas como la PANSS y el BPRS, tanto al final del tratamiento y hasta 12 meses de seguimiento. Existe evidencia consistente para la reducción de síntomas negativos de hasta 24 meses después

del final del tratamiento. En cuanto al control de síntomas positivos en la esquizofrenia, se está estudiando la aplicación de las terapias de tercera generación (Thomas et al., 2014). Aún no existe evidencia al respecto.

Resumiendo, la TCC resultó en mejoras generales en los síntomas centrales del trastorno (evidencia moderada) y en la función global y la calidad de vida (baja evidencia) en comparación con la atención habitual durante el tratamiento y hasta 6 meses de seguimiento.

**Intervenciones de entrenamiento en el afrontamiento del trastorno** reducen la gravedad de los síntomas (evidencia moderada) y las tasas de recaída (evidencia baja). No se encontraron diferencias significativas para los síntomas negativos (evidencia baja). La fidelidad a la intervención fue asociada con los mejores efectos.

**Intervenciones familiares** presentan resultados superiores a la atención habitual en la prevención de recaídas. El efecto se mantuvo independientemente de la duración del período de seguimiento. El número de sesiones fue más predictivo de la reducción de la recaída que la duración del tratamiento.

El GDGNICE indica una evidencia suficiente (38 ensayos, N = 3.134) para recomendar la intervención familiar en el tratamiento de la esquizofrenia. Estudios recientes han corroborado estas conclusiones y han demostrado consistentemente que la intervención familiar puede ser particularmente eficaz en la prevención de la recaída (Bressi et al., 2008; Chien et al., 2010; Girón et al., 2010). Además, la intervención familiar también reduce la gravedad de los síntomas durante y hasta 24 meses después de la intervención.

Resumiendo, las intervenciones familiares resultaron en una significativa disminución de las tasas de recaída comparadas con la atención habitual con hasta 24 meses de tratamiento y a los 5 años de seguimiento postratamiento (evidencia moderada). Las intervenciones familiares también mejoraron los síntomas centrales del trastorno, incluidos los síntomas negativos (evidencia baja).



**Psicoeducación** tuvo un efecto mayor que la atención habitual en la función global al año y resultó en tasas de recaída más bajas a los 9 a 18 meses (evidencia moderada). Así mismo, el GDGNICE la considera de utilidad si se integra en intervenciones familiares, sobre todo cuando las familias y los cuidadores están involucrados en ambas.

**Rehabilitación cognitiva.** Aunque el objetivo directo de la rehabilitación cognitiva es mejorar el funcionamiento cognitivo, existe alguna evidencia de que las mejoras en la cognición pueden conducir a un mejor funcionamiento global. La revisión AHRQ encontró que la rehabilitación cognitiva mejoró los resultados funcionales, síntomas generales y síntomas negativos.

Resumiendo, la rehabilitación cognitiva resultó en pequeños efectos positivos sobre la función social, ocupacional y global, síntomas centrales del trastorno (evidencia baja) y síntomas negativos (evidencia moderada) en comparación con la atención habitual durante 15 a 16 semanas de tratamiento.

**Entrenamiento en habilidades sociales** Los resultados de la revisión de la AHRQ fueron consistentes con otras revisiones que encontraron mejoras significativas en las medidas funcionales, principal foco de intervención del entrenamiento de habilidades sociales. Esta revisión también encontró que el entrenamiento en habilidades sociales redujo significativamente los síntomas negativos.

Resumiendo, el entrenamiento en habilidades sociales mejoró la función social a los 6 meses, 1 año y 2 años, en comparación con la atención habitual. Los síntomas centrales del trastorno y los síntomas negativos también mejoraron más con el entrenamiento en habilidades sociales que con la atención habitual.

**Empleo con apoyo**, específicamente el modelo de intervención al empleo y apoyo individual, resultó en resultados de empleo significativamente mejores durante 2 años en comparación con la atención habitual. Mayor número de pacientes consiguieron empleo (competitivo o cualquier otro trabajo), tenían más horas

trabajadas, trabajaban más tiempo y ganaban más dinero que los que reciben la atención habitual. La evidencia confirma estos datos con comparaciones con otras modalidades de entrenamiento laboral.

**Tratamiento Asertivo Comunitario.** Los pacientes que recibieron tratamiento comunitario asertivo tenían más probabilidades de vivir de forma independiente y tener un empleo, y tenían menos probabilidades de quedarse sin hogar o de discontinuar tratamiento en comparación con los pacientes asignados a la atención habitual (evidencia moderada). No hubo diferencias significativas en el grado de mejoría en los síntomas centrales del trastorno o funcionamiento social, y no hubo diferencias en los arrestos, encarcelamiento o contactos con la policía en comparación con la atención habitual (evidencia baja).

**Programas multicomponente basados en equipos de intervención temprana** para el tratamiento en el primer episodio de psicosis. Se ha encontrado como resultado mejoras significativas en la función global con hasta 2 años de tratamiento en comparación con la atención habitual (evidencia moderada). La calidad de vida mejoró y los participantes tenían menos probabilidades de recaer (evidencia moderada).

## Tabla de Resultados Clínicos.

Resumen de los hallazgos clave y de la fuerza de la evidencia para las intervenciones psicosociales frente al tratamiento habitual.

<p><b>Mejora de los síntomas centrales del trastorno</b></p>	<p><b>TCC:</b> beneficio sobre la atención habitual durante el tratamiento (de 8 semanas a 5 años); efecto no mantenido después del final del tratamiento</p> <p><b>Afrontamiento del trastorno:</b> beneficio sobre la atención habitual durante el tratamiento (12-48 sesiones)</p>	<p><b>Rehabilitación cognitiva:</b> pequeñas mejoras en los síntomas centrales del trastorno en comparación con la atención habitual.</p> <p><b>Intervenciones familiares:</b> mejora en los síntomas principales del trastorno.</p> <p><b>Entrenamiento en habilidades sociales:</b> Mayor mejora que con la atención habitual durante 6 meses y 2 años de tratamiento</p>
<p><b>Mejora de los síntomas negativos</b></p>	<p><b>Rehabilitación cognitiva:</b> beneficiosa en comparación con la atención habitual.</p>	<p><b>Entrenamiento en habilidades sociales:</b> Mayor mejora que con la atención habitual durante 6 meses y 2 años de tratamiento.</p> <p><b>Intervenciones familiares:</b> mejora en síntomas negativos.</p>
<p><b>Mejora en las tasas de recaída</b></p>	<p><b>Programas multicomponente</b> basados en equipos de intervención temprana para el tratamiento en el primer episodio de psicosis: beneficioso con el tratamiento de duración de hasta 2 años.</p> <p><b>Psicoeducación</b> x 3 meses; menor tasa de recaídas que la atención habitual a los 9 a 18 meses de seguimiento</p> <p><b>Intervenciones familiares:</b> tasas de recaída más bajas que la atención habitual de 7 a 12 meses.</p>	

## Tabla de Resultados en Funcionamiento y Calidad de Vida.

Resumen de los hallazgos clave y de la fuerza de la evidencia para las intervenciones psicosociales frente al tratamiento habitual.

RESULTADO	MODERADA EVIDENCIA	BAJA EVIDENCIA
<b>Mejoras en funcionamiento global</b>	<p><b>TCC:</b> beneficio sobre la atención habitual más de 6 meses; no durante 6 a 12 meses de tratamiento</p> <p><b>Programas multicomponente</b> basados en equipos de intervención temprana para el tratamiento en el primer episodio de psicosis: beneficioso con el tratamiento de duración de hasta 2 años.</p> <p><b>Psicoeducación</b> x 3 meses; beneficioso en el seguimiento de 1 año</p>	<p><b>Entrenamiento en habilidades sociales:</b> beneficioso al final del tratamiento (duración del tratamiento de 6 meses a 2 años) en comparación con la atención habitual</p> <p><b>Rehabilitación cognitiva</b> resultó en un pequeño efecto positivo en la función social, ocupacional, de vida y global en comparación con la atención habitual.</p>
<b>Mejoras en funcionamiento social</b>	<p><b>TCC:</b> beneficio sobre la atención habitual durante 6 meses; no durante el tratamiento de 6 a 12 meses.</p> <p><b>Programas multicomponente</b> basados en equipos de intervención temprana para el tratamiento en el primer episodio de psicosis: beneficioso con el tratamiento de duración de hasta 2 años.</p>	
<b>Mejoras en funcionamiento ocupacional</b>	<p><b>TAC:</b> atención beneficiosa frente atención habitual con una duración de la intervención de hasta 2 años</p> <p><b>Empleo con apoyo:</b> implementar un modelo de empleo y apoyo individual es beneficioso en comparación con la atención habitual con una</p>	

	duración de la intervención de hasta 2 años (más pacientes empleados, más ganancias)	
<b>Mejoras en condiciones de vida</b>	<b>TAC:</b> beneficioso con una duración del tratamiento de hasta 2 años	
<b>Mejoras en calidad de vida</b>		<p><b>TCC:</b> beneficio sobre la atención habitual durante 6 meses de tratamiento; diferencia no encontrada con un seguimiento más prolongado frente a la atención habitual (hasta 18 meses de seguimiento)</p> <p><b>Programas multicomponente</b> basados en equipos de intervención temprana para el tratamiento en el primer episodio de psicosis: beneficioso con el tratamiento de duración de hasta 2 años</p>

A la luz de estos resultados, se hace evidente la necesidad de proporcionar una asistencia psicológica y psicosocial de calidad a todos los pacientes objeto de intervención del ETIC para garantizar su derecho a recibir un tratamiento basado en la mejor evidencia disponible. Estas intervenciones psicológicas, dado que habrán de realizarse prioritariamente en un encuadre comunitario requerirán de una implementación flexible que permita poder llevarlas a cabo adaptándonos a las necesidades y condiciones clínicas de cada caso.

### **III. OBJETIVOS EN LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UN ETIC.**

Según la Guía NICE, los objetivos que persiguen las intervenciones psicológicas y psicosociales en pacientes adultos con diagnóstico de psicosis, son: disminuir la vulnerabilidad de la persona, reducir el impacto de las situaciones y acontecimientos estresantes, disminuir la angustia y la discapacidad, minimizar los síntomas, mejorar la calidad de vida, reducir el riesgo, mejorar las habilidades de comunicación y de afrontamiento y/o mejorar la adherencia al tratamiento.

A continuación, se detallan objetivos específicos de la intervención del Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica en un Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario:

- Facilitar la relación y vinculación terapéutica con usuarios y familias.
- Fomentar la participación activa de usuarios y familias en la identificación de sus necesidades y priorización de las intervenciones.
- Mejora en la vinculación del paciente y la familia con los servicios de Salud Mental.
- Mejora de la evolución clínica y funcional.
- Prevención de recaídas.
- Disminución de reingresos hospitalarios y puerta giratoria.
- Proporcionar continuidad asistencial durante el ingreso en la UHSM (programación del ingreso, acompañamiento, apoyo a familiares, preparación del alta hospitalaria).
- Prevención de la institucionalización.
- Disminución en la necesidad de psicofármacos.
- Reducción del consumo de tóxicos.
- Facilitar la comunicación y cohesión familiar.
- Mejora en las dinámicas familiares disfuncionales.
- Reforzar la vinculación y colaboración familiar.
- Potenciar la adquisición de habilidades y capacidades que posibiliten la reinserción socio-laboral.

- Facilitar la recuperación personal y del proyecto de vida, que conduzca al crecimiento personal, la reintegración social y la permanencia en la comunidad.
- Mejora en la percepción de la calidad de vida personal y familiar.
- Mejora en la satisfacción con la atención recibida de Salud Mental por el paciente y su familia.

#### **IV. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UN ETIC.**

La población diana objeto de la intervención de un ETIC está formada por pacientes con TMG con gran dificultad de vinculación, déficits funcionales graves y sistemas familiares disfuncionales que requieren intervenciones terapéuticas con distintos referentes vinculares (en función de la modalidad transferencial del paciente) y con la máxima flexibilidad para llevarlas a cabo en su entorno comunitario, que hagan posible la vinculación al tratamiento y la mejoría del paciente desde el enfoque de la recuperación.

Las funciones de un Facultativo especialista en Psicología Clínica son muy diversas y van a depender del perfil de pacientes que atienda un ETIC.

De manera resumida, a continuación se exponen funciones propias de un FEA en Psicología Clínica en un ETIC:

- Evaluación psicopatológica (clínica y psicométrica)
- Evaluación funcional integral
- Evaluación del sistema familiar
- Evaluación neuropsicológica
- Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento
- Psicoterapia individual intensiva
- Psicoterapia de grupo
- Psicoterapia familiar intensiva
- Psicoeducación individual y grupal
- Intervención neurocognitiva y metacognitiva

- Intervención en crisis (Apoyo y contención en entorno domiciliario o en el hospital)
- Acompañamiento terapéutico
- Coordinación con otros dispositivos socio-sanitarios y comunitarios.

Dadas las necesidades de estos pacientes, se priorizarán intervenciones adaptadas al entorno comunitario, domiciliario o institucional del paciente.



## V.- REFERENCIAS

1. Van der Meer L y Wunderink C. (2018). [Contemporary approaches in mental health rehabilitation](#). *Epidemiol Psychiatr Sci.* 25:1-6. Epub ahead of print.
2. Thornicroft G, Deb T y Henderson C. (2016). [Community mental health care worldwide: current status and further developments](#). *World Psychiatry.* Oct;15(3): 276-286.
3. Bond GR y Drake RE (2015). [The critical ingredients of assertive community treatment](#). *World Psychiatry.* 14(2):240-2.
4. Tansella M, Thornicroft G y Lempp H (2014). [Lessons from community mental health to drive implementation in health care systems for people with long-term conditions](#). *Int J Environ Res Public Health.* Apr 30; 11 (5): 4714-28.
5. Marshall M. (2008). [What have we learnt from 40 years of research on Intensive Case Management?](#) *Epidemiol Psychiatr Soc.;* 17(2):106-9.
6. Killaspy H, Mas-Expósito L, Marston L y King M (2014). [Ten year outcomes of participants in the REACT \(Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London\) study](#). *BMC Psychiatry.* Oct 24;14:296.
7. Priebe S, Fakhoury W, Watts J, Bebbington P, Burns T, Johnson S, Muijen M, Ryrie I, White I y Wright C (2003). [Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes](#). Pan-London Assertive Outreach Study, part 3. *Br J Psychiatry.* 183:148-54.
8. Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling, S y King, M (2009). [Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes](#). *Br J Psychiatry.* 95(1):81-2.
9. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. [The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London](#). *BMJ.* 2006;332(7545):815-20.
10. Firn M, White S, Hubbeling D y Jones B (2018) [The replacement of assertive outreach services by reinforcing local community teams: a four-year observational study](#). *Journal of Mental Health,* 27:1, 4-9.
11. Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D et al. (2013) [A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model](#). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 48:997-1003.
12. Burns T (2010). [The rise and fall of assertive community treatment?](#) *Int Rev Psychiatry.* 22(2):130-7.

13. Nakhost A, Law SF, Francombe Pridham KM y Stergiopoulos V (2017). [Addressing Complexity and Improving Access in Community Mental Health Services: An Inner-City Adaptation of Flexible ACT](#). *Psychiatr Serv.* Sep 1;68(9):867-869.
14. Van Veldhuizen, JR y Bähler (2013). [Manual Flexible Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organization](#). The Netherlands.
15. Svensson B, Hansson L y Lexen A (2018). [Outcomes of clients in need of intensive care in flexible assertive community treatment in Sweden](#). *Nord J Psychiatry.* 72,3,226-231.
16. Van Vugt MD, Mulder CL, Bähler M, Delespaul PH, Westen K y Kroon H. (2018). [Model fidelity of flexible assertive community treatment \(F-ACT\) teams: five years of audit results](#). *Tijdschr Psychiatr*, 60(7):441-448.
17. Bähler M, Delespaul P, Kroon H, Vugt van M, Westen K. (2017) [FACT scale 2017](#). CCAF, Utrecht.
18. Slade M, Amering M, Farkas, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Perkins R, Shepherd G, Tse S y Whitley R (2014). [Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems](#). *World Psychiatry.* 13:12-20.
19. Morse G, Glass AM y Monroe-DeVita M (2016) [ACT and Recovery: What We Know About Their Compatibility](#). *Adm Policy Ment Health.* Mar;43(2):219-30.
20. Stull LG, McConnell H, McGrew J, Salyers MP (2017). [Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness as Predictors of the Recovery Attitudes of Assertive Community Treatment Practitioners](#). *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 54(1):31-37.
21. Broersen M, Daan H, Creemers M, Frieswijk N, Vermulst A y Kroon H (2020). [Investigating the critical elements and psychosocial outcomes of Youth Flexible Assertive Community Treatment: a study protocol for an observational prospective cohort study](#). *BMJ Open* Apr 6;10(4): e035146.
22. Lofthus AM, Weimand BM, Ruud T, Rose D y Heiervang KS (2018). ["This is not a Life Anyone would want"-A Qualitative Study of Norwegian ACT Service users' Experience with Mental Health Treatment](#). *Issues Ment Health Nurs.* Jun;39(6):519-526.
23. Milbourn BT, McNamara BA y Buchanan AJ (2014). [Do the everyday experiences of people with severe mental illness who are "hard to engage" reflect a journey of personal recovery?](#) *J Ment Health.* 23(5):241-5

24. Huz S, Thorning H, White CN, Fang L, Smith BT, Radigan M y Dixon LB (2017). [Time in Assertive Community Treatment: A Statewide Quality Improvement Initiative to Reduce Length of Participation](#). *Psychiatr Serv.* 2017 Jun 1;68(6):539-541.
25. Donahue SA, Manuel JI, Herman DB, Fraser LH, Chen H y Essock SM (2012). [Development and use of a transition readiness scale to help manage ACT team capacity](#). *Psychiatr Serv.* Mar;63(3):223-9.
26. McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, Blazina I, Grusing S, Fu R, Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Haupt DW. [Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review](#). Comparative Effectiveness Review No. 198. (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00009-I.) AHRQ Publication No. 17(18)-EHC031-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2017. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm) DOI: <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER198>
27. García-Herrera Pérez-Bryan J M<sup>a</sup>, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, Millán Carrasco, A. Rivas Guerrero, F. Morales Asencio, JM. [Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental](#). Servicio Andaluz de Salud, 2019.