

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Costo-efectividad de un programa comunitario para personas con trastorno mental grave.

Alumno: Vera Campos, Marta

Tutor: Sánchez Molla, Manuel

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

RESUMEN

Introducción: Las personas con trastornos mentales graves presentan un amplio rango de necesidades que el tratamiento convencional se ve limitado para resolver satisfactoriamente. Desde la reforma psiquiátrica se ha ido buscando activamente la integración social y normalización de estos pacientes creando nuevas formas de gestión clínica para satisfacer necesidades que no estaban siendo adecuadamente atendidas por los equipos comunitarios tradicionales, en concreto, la continuidad de la atención a las personas con trastornos mentales graves a través de programas específicos. **Objetivo general:** Conocer la costo-eficiencia del tratamiento asertivo comunitario (TAC) en pacientes con trastorno mental grave. **Objetivos específicos:** Determinar el impacto de la puesta en marcha del TAC. **Material y método:** Se ha realizado una revisión en diferentes bases de datos de carácter científico, para identificar los componentes esenciales del tratamiento de la enfermedad mental grave en la comunidad. A partir de dicha información se realizó una revisión crítica de la literatura centrada en la red de servicios comunitarios de salud mental. **Resultados:** El TAC ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves un cambio y una mejora sustancial. Los costes asistenciales originados por los pacientes desde su ingreso en el programa TAC, han disminuido considerablemente. Este hecho objetivado por numerosos estudios debiera orientar las estrategias asistenciales de los servicios de salud mental. **Conclusión:** El TAC es especialmente útil para aquellos pacientes en riesgo o desvinculados de los servicios comunitarios tradicionales y un dispositivo eficaz de uso eficiente de los recursos. Se debe tener en cuenta el bajo coste que tiene estructurar este tipo de dispositivo y los ahorros que pueden llegar a general al sistema sanitario.

Palabras clave: Tratamiento asertivo comunitario, efectividad, trastorno mental grave, salud mental, eficacia.

SUMMARY

Introduction: People with serious mental disorders have a wide range of needs that conventional treatment is limited to solve satisfactorily. Since the psychiatric reform was performed, it has been actively searched social integration and normalization of these patients creating new forms of clinical management to meet needs that were not being adequately addressed by traditional community teams, specifically, the continuity of care for people with serious mental disorders through specific programs. **Main objective:** To know the cost-efficiency of assertive community treatment (TAC) in patients with severe mental disorder. **Specific objectives:** Determine the impact of the start-up of the TAC. **Material and method:** A review was made in different databases of scientific nature, to identify the essential components of the treatment of severe mental illness in the community. Based on this information, a critical review of the literature focused on the network of mental health community services was conducted. **Results:** The TAC has demonstrated a change and a substantial improvement for the group of mentally ill patients. The healthcare costs incurred by the patients since their admission into the TAC program have decreased considerably. This fact, substantiated by numerous studies, should guide the care strategies of mental health services. **Conclusion:** The TAC is especially useful for those patients at risk or disconnected from traditional community services. It has also been shown to work as an effective device for the efficient use of resources. It must be taken into consideration the low cost of structuring this type of device and the savings that it could mean for the general health system.

Key words: Community assertive treatment, effectiveness, serious mental disorder, mental health, efficacy.

ÍNDICE

1. Introducción y Antecedentes	3
1.2. Evolución de la atención psiquiátrica	4
1.3. Reforma psiquiátrica	5
1.4. Ley general de sanidad	7
1.5. Datos epidemiológicos	10
1.6. Impacto económico	11
1.7. Tratamiento Asertivo Comunitario	11
1.7.1. Máximas del TAC:	12
2. Hipótesis y objetivos	13
2.1. Hipótesis	13
2.2. Objetivo general	13
2.3. Objetivos específicos	14
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	14
4. Diseño y métodos	14
4.1. Tipo de investigación	14
4.2. Población de estudio	14
4.3. Criterios de selección de resultados	15
4.3.1. Criterios de inclusión	15
4.3.2. Criterios de exclusión	15
4.5. Discusión de los resultados	16
6. Referencias bibliográficas	19
7. ANEXOS	22

1. Introducción y Antecedentes

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».¹

Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria.²

El concepto de “trastorno mental grave” (TMG), es habitualmente definido como una categoría multidimensional que incluye, al menos, tres elementos:

1. Gravedad diagnóstica (esquizofrenia como paradigma): Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10):³

Trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicótico, trastornos depresivos graves recurrentes, trastorno obsesivo compulsivo.

2. Larga duración o cronicidad: evolución del trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas; lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de

distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.⁴

3. Grave deterioro en el desempeño psicosocial. Presencia de discapacidad: Definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que se mide a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones <50, y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS 2.0), con puntuaciones >3 en todos sus ítems.

Según la definición del NIMH⁴, ésta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.^{6,7}

1.2. Evolución de la atención psiquiátrica

Cuando empezamos a repasar la historia de la enfermedad mental a lo largo de los siglos nos encontramos con visiones de todo tipo; desde aquellas que apuestan por un desencadenamiento divino o demoníaco, hasta esas otras más modernas que colocan al cerebro y la vulnerabilidad como causantes del desarrollo de las enfermedades mentales, sin olvidar aquellas otras que elevan la enfermedad mental o la locura al ámbito de la genialidad, o aquellas que hablan de la invención social de la locura para mantener recluidos o apartados a los raros, los extravagantes o los distintos. Las explicaciones sobre la enfermedad mental se remontan a 5.000 años antes de Cristo, los arqueólogos han encontrado cráneos en los que se muestran señales de trepanación, se

pensaba que el sujeto al que pertenecía el cráneo había sido poseído por demonios y que dichos agujeros permitía que se escaparan.

La historia de la enfermedad mental corre pareja al desarrollo de nuestra cultura.⁸

Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales se han encontrado constantemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad, lo que también ha contribuido a su tardía incorporación como problema de salud.⁹

La invención del manicomio, concebido como un espacio medicalizado y terapéutico, donde la locura debía ser tratada por médicos especialistas en un régimen de absoluto aislamiento de las influencias externas, supuso una ruptura con la tradición de asilo y custodia que mezclaba razones caritativas médicas y de defensa social. El manicomio pasó a ser un ejemplo acabado de identificación entre espacio, saber y función que estuvo estrechamente ligado al nacimiento de la psiquiatría.¹⁰

1.3. Reforma psiquiátrica

Hasta comienzos de los años 70 la Seguridad Social, o el INSALUD, sólo cubría precariamente la asistencia ambulatoria de sus beneficiarios con riesgo de enfermedad psíquica, y se resistía a asumir la hospitalización psiquiátrica, que seguía a cargo de las Diputaciones, con carácter benéfico y en instituciones manicomiales. Aunque la creciente presión social le forzaba a correr con los gastos de la hospitalización de enfermos agudos. Tal situación fue determinante en la futura organización de la salud mental, cuyas bases fueron sentadas por el Documento para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental, elaborado en 1985 por una comisión de técnicos y profesionales designada por el Ministerio de Sanidad. Dicho documento fue asumido públicamente por el entonces Ministro de Sanidad, como base para la integración de la asistencia psiquiátrica en la Seguridad Social.

Según se afirmaba en ese documento, era responsabilidad de la Administración Pública promover la plena integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general, tomando como referencia la Ley de Sanidad (aprobada un año

después), potenciando su gestión descentralizada por parte de las Comunidades Autónomas y garantizando la disponibilidad de los servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria.¹¹

La Reforma Psiquiátrica se hace posible en España cuando coincide una demanda social, la voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo. Una reforma que va a encontrar una serie de condiciones favorables:

- Surge en un momento de transformación de la sociedad civil, de reconstrucción social después de 40 años de dictadura y de una Guerra Civil que devastó el panorama intelectual, científico y técnico, y en particular, el psiquiátrico, que había llegado a alcanzar cotas de desarrollo importantes (con psiquiatras como Lafora, Mira, Tosquelles, Germain,...).
- Se hace en el contexto de la reforma sanitaria (Ley General de Sanidad, 1986, que instituye un Servicio Nacional de Salud, universal y descentralizado en las Comunidades Autónomas) y de las prestaciones sociales.
- Su inicio tardío va a permitir conocer los errores y problemas de otras reformas comenzadas mucho antes: las dificultades de atender la cronicidad psicótica, los problemas de la nueva cronicidad y la insuficiencia de las técnicas para afrontarla. (El Art. 20 de la Ley General de Sanidad (LGS) es claro a este respecto: «Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales»).

Cuando se inicia la reforma psiquiátrica en España la rehabilitación psicosocial es ya una realidad en otros países: EEUU, Canadá, Reino Unido, Italia,...

- Existencia de núcleos profesionales preparados técnicamente para la reforma con implantación profesional y social y un amplio consenso programático que se había realizado durante los años setenta en procesos de cambio abortados por la dictadura, en torno a una Coordinadora semiclandestina entroncada con las redes alternativas europeas y

posteriormente, en los primeros años de la democracia, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.¹²

1.4. Ley general de sanidad

Capítulo III de la Salud Mental

Artículo 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
- Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.¹³

La nueva organización priorizó la toma a cargo del paciente por los equipos ambulatorios y el desarrollo de unidades y programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial (pisos supervisados, minirresidencias, residencias de salud mental). Se crearon unidades en el

hospital general y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos.

En segundo lugar, para salvaguardar los derechos de los pacientes mentales, se diseñaron cambios en las normativas legales que les afectaban, lo que representó uno de los aspectos más originales y vanguardistas de la reforma española: se reguló en el marco de las leyes ordinarias, evitando una legislación específica que pudiera discriminar a estos enfermos. La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, las modificaciones del Código Civil (Art. 211, 1983; LOPJM, 1996; Art. 763 LEC, 2000) y del Código Penal (1983, 1995), así como la reforma de la sanidad penitenciaria, (con el cierre de los hospitales psiquiátricos penitenciarios y la creación de unidades de custodia en los hospitales generales) posibilitaron las nuevas modalidades asistenciales y la salvaguarda de los derechos del enfermo mental de forma inespecífica, como en cualquier otra situación o padecimiento donde el sujeto no puede gobernarse a sí mismo transitoriamente.

En tercer lugar, se modificó la formación de médicos residentes en psiquiatría (Programa MIR nacional, 1984, 1994), creando las especialidades de Psicología Clínica (PIR) y Enfermería en Salud Mental (especialidad en 1987, EIR 1998), que se adaptaron al nuevo modelo asistencial, con rotaciones obligadas por todas las unidades asistenciales, desde los centros de salud mental a los programas de rehabilitación. En los servicios de salud mental de cada área sanitaria se crearon comisiones de docencia.¹⁴

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en su artículo 70, establece que la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, así como el establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia, y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios. Establece, además, que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer estrategias y actuaciones sanitarias conjuntas, que si implicaran a todas ellas se consensuarían en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce al Ministerio de Sanidad y Consumo competencias para el establecimiento de bases y coordinación general sanitaria y para impulsar la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes y otras actuaciones en coordinación con las Comunidades Autónomas.

En el marco de la Unión Europea, hay que tener en cuenta que en la Conferencia de Helsinki, celebrada en Enero de 2.005 bajo el lema “Enfrentando desafíos”, construyendo soluciones, los y las representantes de los Ministerios de Sanidad de los 52 Estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental.

Esta declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.¹⁵

Entre sus prioridades destaca:

- Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en este proceso.
- Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes, que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
- Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental.^{16,17}

1.5. Datos epidemiológicos

Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida.

La Organización Mundial de la Salud, estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades.

En España la discapacidad atribuida a las demencias, trastornos mentales y deficiencia intelectual afecta a 719.000 personas mayores de 6 años, el 19% del total de personas con discapacidad, lo que representa una tasa de 17 casos por cada mil habitantes, siendo mayor el porcentaje en mujeres que en hombres.⁹

Los trastornos mentales también aumentan la morbilidad que se deriva por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes o SIDA. El no tratar o controlar los trastornos mentales acarrea peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos y peor pronóstico en estas patologías.

Existe evidencia de que intervenciones enfocadas en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales incrementan, facilitan la inserción del individuo en la comunidad y disminuyen los costes sociales y económicos.¹⁷

1.6. Impacto económico

A pesar de no existir suficientes datos para valorar el coste económico exacto que la enfermedad mental supone en Europa, diferentes estimaciones han puesto de manifiesto que éste es muy elevado. Así, en los países europeos se estima que su coste está entre el 3 y el 4% del PNB, superando los 182.000 millones de euros anuales. El 46% de dicho gasto corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral. En general, se considera que los trastornos mentales son el grupo de enfermedades que supone el mayor coste directo y total para el sistema sanitario de los países occidentales.¹⁸

1.7. Tratamiento Asertivo Comunitario

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) surge en Madison, Estados Unidos, en la década de 1970 (Leonard Stein y Mary Ann Test). Se trata de un modelo de tratamiento intensivo, integral y comunitario para el tratamiento de los pacientes etiquetados como “trastornos mentales graves”.¹⁹ Fue pensado principalmente para las personas con enfermedades de larga duración, que, como grupo, eran grandes consumidores de los recursos psiquiátricos disponibles.²⁰

Los pacientes susceptibles de ser integrados en este programa deben cumplir las siguientes características:

- Edad entre 18 y 65 años.
- Diagnóstico de Trastorno Mental Grave, fundamentalmente psicosis esquizofrénicas y afectivas.
- Antecedentes de mala adherencia al tratamiento comunitario estándar.
- Hospitalizaciones repetidas y mal cumplimiento terapéutico.
- Funcionamiento psicosocial precario.^{21,22}

Este modelo de atención fue diseñado como una alternativa a la hospitalización, incorporando un número de elementos clave, entre los que se incluyen: una aproximación terapéutica multimodal y multidisciplinar; el desarrollo de estrategias proactivas de seguimiento dirigidas a garantizar la adherencia

terapéutica de los pacientes; la provisión de programas activos de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención social, y; el desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad, garantizando la accesibilidad a los recursos asistenciales a lo largo de todo el día. Dichos programas presentaban también un bajo ratio paciente/profesional que permite proporcionar intervenciones intensivas y frecuentes a nivel comunitario.

1.7.1. Máximas del TAC:

- Un equipo multidisciplinar: el TAC asume que la presencia de profesionales de diversas disciplinas es necesaria para la atención integral de personas con enfermedades mentales severas. Así, los equipos de TAC (especialmente aquéllos mejor dotados de recursos) pueden incluir psiquiatras, asistentes técnico-sanitarios, trabajadores sociales, enfermeras y cuidadores comunitarios, así como especialistas en orientación laboral y apoyo al empleo, en materia de vivienda, en problemas de alcohol y de drogas, y en consejo asistido.
- Trabajo en equipo. El equipo de TAC en su totalidad es responsable de asegurar que el usuario recibe una asistencia integral con cada componente del equipo contribuyendo desde su respectiva especialidad.
- Atención integral. Como alternativa a otro tipo de servicios que proveen una asistencia relativamente fragmentada y discontinua, el TAC ofrece al usuario constante apoyo a nivel tanto clínico como personal y social. De hecho, promover una adecuada integración de las personas con enfermedades mentales graves en la esfera de sus relaciones familiares y comunitarias, así como el acceso a servicios tanto públicos como privados, son objetivos primordiales del modelo.
- Los equipos de TAC son especialmente activos (o asertivos) en el establecimiento de contacto inicial con personas con enfermedades mentales severas y persistentes que, por diversos motivos, no acceden a los servicios ordinarios de salud mental, así como en el mantenimiento de la relación asistencial con dichas personas.
- Baja proporción (10-15:1) usuarios/profesional con el fin de asegurar un servicio personalizado que tenga en consideración las necesidades y preferencias de cada usuario.

- Tratamiento in vivo. La mayoría de los contactos entre los miembros del equipo y los usuarios se producen en los domicilios de estos últimos o en otros lugares de su entorno comunitario (por ejemplo, una cafetería o un centro de recreo) y no en dependencias de los servicios de salud mental.
- Contacto frecuente y flexible. Para el usuario de los servicios de TAC, saber que recibe regularmente visitas de apoyo en su domicilio puede aumentar su confianza y sentido de seguridad. Sin embargo, las necesidades del usuario cambian o evolucionan, por lo que los miembros del equipo deben de adaptar la frecuencia y naturaleza de sus visitas de acuerdo a las circunstancias concretas de cada usuario. Además, el tratamiento se formula con las necesidades y deseos del paciente. Este tipo de enfoque refuerza la confianza en sí mismo y la competencia del paciente.^{22,23,24}
- Control de los síntomas. El modelo del TAC postula que una combinación de medicación adecuada y técnicas psicosociales de probada eficacia contribuye a controlar los síntomas de la enfermedad mental, evitando ulteriores ingresos del usuario en el hospital así como el estigma social derivado de repetidas y severas recaídas.
- El servicio está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana para proveer una respuesta inmediata y eficaz en caso de crisis.
- Los servicios ofrecidos por los equipos de TAC no tienen una duración preestablecida, sino que son prestados mientras que las necesidades del usuario así lo requieran. Este factor permite el desarrollo de relaciones terapéuticas a medio y largo plazo, basadas en la confianza mutua entre profesionales y usuarios.²²

2. Hipótesis y objetivos

2.1. Hipótesis

El tratamiento asertivo comunitario comparado con el tratamiento convencional, disminuye los costes sanitarios y mejora la calidad asistencial.

2.2. Objetivo general

Conocer la costo-eficiencia del tratamiento asertivo comunitario en pacientes con trastorno mental grave.

2.3. Objetivos específicos

Determinar el impacto de la puesta en marcha del tratamiento asertivo comunitario.

3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

Las intervenciones en el domicilio y en el propio entorno se están haciendo cada vez más presentes y están adquiriendo mayor relevancia, por lo que se hace necesario evaluar su eficacia, efectividad y eficiencia a través de estudios. La eficacia y la eficiencia de estos modelos en variables como la reducción de ingresos hospitalarios, disminución del coste sanitario, el aumento de la capacidad para mantenerse en casa, la mejoría en los síntomas, el aumento de la calidad de vida, el aumento de la autoestima y la sensación de descarga en las familias se han visto probadas en estudios previos, por lo que se hace imprescindible su implantación.

4. Diseño y métodos

4.1. Tipo de investigación

Para la elaboración de esta memoria de gestión, se plantea una revisión bibliográfica descriptiva de la literatura científica disponible hasta el momento sobre el TAC, en pacientes mentales que permita realizar una actualización de la temática planteada para contestar en última instancia a los objetivos propuestos para este estudio.

4.2. Población de estudio

Personas con TMG entre 18 y 65 años inclusive, grandes frequentadores de los servicios sanitarios, con desvinculación o riesgo de desvinculación de los servicios de salud mental que presentan dificultades para la reinserción social y tienen mala adherencia a los recursos de salud mental.

4.3. Criterios de selección de resultados

Los estudios incluidos han sido seleccionados a partir del título y del resumen del mismo para eliminar artículos irrelevantes y/o duplicados, obteniéndose a texto completo para su posterior análisis.

4.3.1. Criterios de inclusión

Artículos en español e inglés a texto completo con fecha de publicación comprendida entre 2008 y 2018. Se revisaron estudios descriptivos, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.

4.3.2. Criterios de exclusión

Quedaron excluidos todos los artículos que no cumplían los criterios anteriormente mencionados.

4.4. Procedimiento de recolección de la información.

Búsqueda de información en las siguientes bases de datos: Trip Database, Epistemonikos, Pubmed, Scielo, Guíasalud, Biblioteca Cochrane Plus, Google académico, Cuiden[®], Lilacs y Centro Colaborador Joanna Brigs, durante el periodo comprendido entre Febrero de 2018 y Junio de 2018. Por otra parte se completó la revisión de información en formato papel y con búsqueda inversa en artículos seleccionados. A partir de dicha información, se realizó una revisión crítica de la literatura centrada en la red de servicios comunitarios de salud mental.

Se utilizó la búsqueda avanzada de términos en el tesoro DeCS y para la búsqueda en inglés se utilizaron descriptores MeSH: tratamiento asertivo comunitario/assertive community treatment, efectividad/effectiveness, trastornos mentales/mental disorders, salud mental/mental health, eficacia/efficacy

A continuación, (Tabla 1) se adjuntan los criterios de búsqueda utilizados y los resultados obtenidos en cada base de datos.

Recursos	Base de datos	Palabras clave y operadores booleanos	Resultados obtenidos
Metabuscador	Trip Database	assertive community treatment AND team AND severe mental disorders AND mental health AND efficacy	215
Metabuscador	Espistemontos	trastorno mental grave AND tratamiento asertivo comunitario AND eficacia	21
Sumarios de evidencia	Guiasalud	trastorno mental grave	3
Revisiones sistemáticas	La biblioteca Cochrane Plus	assertive community treatment AND mental health	69
Revisiones sistemáticas	Centro colaborador Instituto Joana Brigs	assertive community treatment OR mental disorders	1
Bases de datos de estudios	Pubmed	severe mental disorders AND efficacy AND assertive community treatment	278
Buscador	Google académico	“trastorno mental grave” + “tratamiento asertivo comunitario + eficacia”	87
Bases de datos de estudios	Lilacs	assertive community treatment	5
Bases de datos de estudios	Cuiden®	tratamiento asertivo comunitario AND trastorno mental grave	5
Documentación a texto completo	Scielo	trastorno mental grave AND tratamiento asertivo comunitario AND efectividad	1

4.5. Discusión de los resultados

Según el estudio, evaluación de un programa piloto de tratamiento asertivo comunitario en personas con trastorno mental grave. (ETAC) de Huesca²⁵, el presupuesto del proyecto reflejado en la tabla 2, estaría compuesto por:

RECURSOS	COSTE	TOTAL
MATERIALES		
Sala de reuniones	Cedida por el centro	
Sala de medicación/botiquín	Cedida por el centro	

Material fungible		300€
Material informático	Cedido por el centro	
Métodos de transporte	Vehículo personal	
4 móviles corporativos	15€ / mes	60€ x 8 meses = 480€
	TOTAL:	780€
RECURSOS	COSTE	TOTAL
HUMANOS		
Enfermera especialista en salud mental	Salario base/mensual 2000€/mes brutos	2000x12 meses=24000€
Tiempo total: 1680 horas		
Enfermera especialista en salud mental	Salario base/mensual 2000€/mes brutos	2000x12 meses=24000€
Tiempo total: 1680 horas		
Auxiliar de Enfermería	Salario base/mensual 1400€/mes brutos	1400x8 meses=11200€
Tiempo total: 1680 horas		
Psiquiatra	Salario base/media jornada 1600€	1600x8 meses=12800€
Tiempo total: 840 horas		
Trabajador social	Salario base/media jornada 900€	900€x8 meses= 7.200€
Tiempo total:840 horas		
Psiquiatras (guardias localizadas)	Centro	
Enfermeras (guardias localizadas)	Centro	
	TOTAL:	90400€

Por otro lado, se puede estimar que el coste diario de una cama de unidad de hospitalización breve, (UHB) oscila entre 300 y 400 Euros. Según otro estudio, si se tiene en cuenta que en el año anterior al inicio de su proceso de

rehabilitación con el programa ingresaban 123 de los participantes durante una media de 22,29 días, se obtiene el gasto sanitario de 822.501€. Al cumplir el primer año de intervención, la estancia media en UHB se reduce a 11 días, y pasan a ingresar sólo 55 personas, suponiendo un gasto sanitario de 181.500 Euros. El consiguiente ahorro superaría los 640.000 Euros. Sabiendo que el coste anual de funcionamiento del equipo es de 175.172 Euros, el ahorro generado permitiría asumir la financiación de un equipo durante más de 3 años.²⁶

Por otro lado, llama la atención la existencia de cambios favorables en el programa “Tratamiento Asertivo Comunitario” a pesar de la crisis, y es que, esta práctica importante, incrementó su cobertura en algunas comunidades.²⁷

Por último, destacar que el objetivo de una buena coordinación es conseguir continuidad asistencial y que las cosas funcionen de manera eficiente.

5. Conclusiones

- El ETAC es un dispositivo eficaz y eficiente en el uso de recursos y con una reducción significativa de las necesidades de hospitalización, especialmente útil para aquellos pacientes desvinculados o en riesgo de desvincularse de los servicios comunitarios tradicionales.
- El uso del programa TAC parece ser un factor determinante en la reducción de los ingresos y urgencias hospitalarias, y consecuentemente, del gasto sanitario.
- El TAC ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves y crónicos un cambio y una mejora sustancial en la calidad de vida.
- Invertir en salud mental, se considera cada vez más una condición generadora de bienestar y productividad.
- Se debe tener en cuenta el bajo coste que tiene estructurar este tipo de dispositivo y los ahorros que pueden llegar a general al sistema sanitario.

6. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: un estado de bienestar [sede Web]. OMS; Dic 2013 [actualizada 2017; consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES); 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10. 10ª ed. Washington: OMS; 2003.
4. López M, Laviana M. Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guión para el debate. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2017; 131(37):257-276.
6. López-Santiago J, Blas L, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2012; 17(1):1-10.
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
8. Castejón MA, San Martín R. Informe del estado actual de la prevención en salud mental [monografía en Internet]. Madrid: Centro de Rehabilitación San Blas; 2012 [consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-prevencion-salud-mental-15184/>
9. Salaverry O. La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(1):143-148.

10. Campos R, García-Alejo R. Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. Arbor. 2008; 184(731):471-480.
11. Matas T. Salud Mental: Lo que (sí) se puede hacer. Revista de Trabajo Social de Murcia. 2013; 18:21-25.
12. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social. 2010; 23:255-256.
13. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986)
14. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85(5):427-436.
15. Saiz J, Chévez A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. Intervención Psicosocial. 2009; 18(1):75-88.
16. Gobierno Vasco. La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV. Álava: Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, Gobierno Vasco; 2013.
17. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013 [monografía en internet] Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011 [consultado el 2 de Marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
18. Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental. [Consultado el 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://ascasam.org/images/interes/Proyecto.pdf>
19. Clausen H, Landheim A, Odden S, Šaltytė J, Heiervang KS, Stuen HK, et al. Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. Int

J Ment Health Syst [Internet]. 2016 Jun [consultado el 1 de Marzo de 2018]; 10(14):e101186

20. Nordén T, Eriksson A, Kjellgren A, Norlander T. Involving clients and their relatives and friends in psychiatric care: Case managers' experiences of training in resource group assertive community treatment. *PsyCh Journal*. 2012; 1(1):15-27.

21. Rodríguez C, Uriarte JJ, Abascal J, Corral FJ. Assessment of assertive community treatment in the Bizkaia Mental Health Services/Evaluación del tratamiento asertivo comunitario en la Red de Salud Mental de Bizkaia. *International Journal of Integrated Care*. 2012; 12(3):1-5.

22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.

23. Vázquez-Borgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barbero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatric*. 2012; 40(6):323-332.

24. Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012; 8:144-151.

25. Salto MD, Laguna R, Alfaro E, Igado M. Evaluación de un programa piloto de tratamiento asertivo comunitario en personas con trastorno mental grave. *Huesca*. 2017; 4:482.

26. Ballesteros F, Bertina A. Efectividad de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2016; 36(130): 299-323.

27. Gómez-Beneytoa M, RodRíGuez F, Caamaño V, Cifre A, del Río F, Estévez JA, et al Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2018; 38(133): 19-43.

28. The Cochrane Database, Issue 1, 2017. [Base de datos en Internet]. [consultado el 1 de Marzo de 2018]. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness (Cochrane Reviews) [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD007906/SCHIZ_intensive-case-management-for-people-with-severe-mental-illnesss

29. Martín JC, Aznar JA, Balanza P, Castillo MD, Martínez I, Martínez-Artero MC, et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2009

7. ANEXOS

ANEXO I. Escala de Evaluación de la Actividad Global

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)*	
100... ...91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90... ...81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80... ...71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70... ...61	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60... ...51	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50... ...41	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40... ...31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces lógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30... ...21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20... ...11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10... ...1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

* Nota: asignar un único valor (entre 0 y 100), teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad. Reflejar el período de tiempo al que se refiere la evaluación (por ej., "actual" o "en el ingreso").

ANEXO II. Escala de Evaluación de Discapacidad

WHODAS 2.0 12-Item Questionnaire (Self-administered)

In the past 30 days, how much difficulty did you have in...

	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme/ Cannot Do
Q1. <u>Standing for long periods</u> such as 30 minutes?	0	1	2	3	4
Q2. Taking care of your <u>household responsibilities</u> ?	0	1	2	3	4
Q3. <u>Learning a new task</u> , for example learning how to get to a new place?	0	1	2	3	4
Q4. How much of a problem did you have <u>joining in community activities</u> (for example, festivities, religious or other activities) in the same way as anyone else can?	0	1	2	3	4
Q5. How much have <u>you</u> been <u>emotionally affected</u> by your health problems?	0	1	2	3	4
Q6. <u>Concentrating</u> on doing something for ten minutes?	0	1	2	3	4
Q7. <u>Walking a long distance</u> such as a kilometer (or equivalent)?	0	1	2	3	4
Q8. <u>Washing your whole body</u> ?	0	1	2	3	4
Q9. Getting <u>dressed</u> ?	0	1	2	3	4
Q10. <u>Dealing with people you do not know</u> ?	0	1	2	3	4
Q11. <u>Maintaining a friendship</u> ?	0	1	2	3	4
Q12. Your day to day <u>work</u> ?	0	1	2	3	4

WHODAS Disability Score = Sum of the above



ANEXO III. Resultados

Estudios	Características	Resultados
<p>Guía de Práctica de Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009.</p>	<p>Pretende dar respuesta a muchas de las preguntas que plantea la asistencia del día a día con las personas que sufren TMG, las cuales vienen dadas en forma de recomendaciones elaboradas de forma sistemática con la mejor evidencia científica disponible, la experiencia de los profesionales del grupo elaborador de la guía, y teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios y familiares de las personas que sufren TMG.</p>	<p>Recomendaciones de TAC en TMG, por estar asociado a mayor probabilidad de permanecer en contacto con los servicios y reducir los ingresos hospitalarios y disminuir el uso de camas (NE 1++).</p> <p>Cuando las personas con TMG precisen de un número elevado de reingresos en unidades de corta estancia, y/o existan antecedentes de dificultades de vinculación a los servicios con el consiguiente riesgo de recaída o crisis social, es aconsejable proporcionar TAC. (B)</p> <p>Cuando no sea posible la utilización de programas de alojamiento y apoyo en la intervención psicosocial integrada de las personas con TMG “sin hogar”, se debería ofertar la intervención de un equipo de TAC. (B)</p>
<p>Guía de Práctica de Clínica de Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, 2009.</p>	<p>Desarrollo de la línea estratégica relativa a la “Atención a los Trastornos Mentales” en centros de salud mental y drogodependencias para afianzar el tratamiento de los TMG</p>	<p>Recomienda TAC para pacientes con una reducción moderada o severa de su funcionamiento social durante la fase estable del trastorno, muestra una reducción de los tiempos</p>

y disminuir la de hospitalización y una variabilidad clínica mejora de las condiciones contando con las de vida. (A) unidades de Para pacientes de alto hospitalización, riesgo, con rehabilitación, programa hospitalizaciones asertivo comunitario y repetidas y dificultades de recursos de reinserción vinculación al tratamiento social. ambulatorio (A) o grandes frecuentadores de servicios (B) pues hay pruebas de que reduce los costes hospitalarios, mejora el resultado y la satisfacción del paciente e incrementa la vinculación y cumplimiento terapéutico. (A)

Guía de Práctica Clínica: Management of schizophrenia, 2013. Suministro de Recomendaciones para las directrices sobre mejoras prácticas para individuos con esquizofrenia y sus familias y amigos, para así tener la mejor oportunidad de participar en los tratamientos basados en la evidencia, centrados en maximizar la recuperación y bienestar. Recomienda que se debe proporcionar TAC a las personas con trastornos mentales graves que hacen alto uso de servicios de hospitalización, que muestran síntomas psicóticos residuales y que tienen un historial de mal compromiso con los servicios que conduce a recaídas frecuentes y/o descomposición social (por ejemplo, la falta de vivienda). (B)

Guía de Práctica Clínica para la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, 2009. Pone a disposición de los profesionales y usuarios de los servicios sanitarios una información rigurosa de la evidencia científica disponible para el tratamiento de trastornos psicóticos Recomienda TAC a pacientes con TMG que presentan sintomatología deficitaria o negativa, dificultades en la vinculación, hospitalizaciones repetidas, mal cumplimiento terapéutico

incipientes, y facilita de esta manera el desarrollo de intervenciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que permitan mejorar el curso clínico, el pronóstico y la calidad de vida de quienes los padecen y de su entorno familiar y social.

y a menudo otros problemas añadidos (marginalidad, drogas, problemas legales).

Con trastorno mental grave entre 18 y 65 años, que requieren hospitalizaciones frecuentes para reducir sustancialmente los costes hospitalarios, mejorando el resultado y la satisfacción del paciente (A).

De alto riesgo, con historia de reingresos hospitalarios, difícil vinculación a los servicios habituales o sin techo (A) y que no pueden continuar el tratamiento comunitario convencional. (A)

Con esquizofrenia que frecuentan habitualmente los servicios. (B)

<p>Revisión Sistemática: Intensive case management for several mental illness, 2010.</p>	<p>Evalúa los efectos del Tratamiento Intensivo (TI), programa que evolucionó a partir de dos modelos de atención extrahospitalarios: el TAC y el Case Management. Se realizan dos comparaciones: TI versus atención estándar y TI versus</p>	<p>Con respecto a TI versus tratamiento no intensivo y fidelidad al TAC: en la metarregresión se encontró que cuanto más se adhiere el TI al modelo TAC, más se reduce la estancia hospitalaria (coeficiente variable de "fidelidad de organización" -0,36; IC: -0,66 A -0,07).</p>
---	---	---

tratamiento no intensivo y fidelidad al TAC.

Estudio: Evaluación del tratamiento asertivo comunitario en la Red de Salud Mental de Bizkaia, 2012.

Explora la eficacia del método: equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC), para personas con diagnósticos psiquiátricos y reducción de costes asistenciales.

Utilizaron, en los dos años previos a su inclusión en el ETAC, 5.317 estancias en hospitalización con una estancia media de 197,31 días. Desde su admisión al ETAC, las estancias hospitalarias descendieron a 529 (-90%) con una estancia media de 6,89 días (-97%). Los costes asistenciales por estancias hospitalarias originados por los pacientes incluidos en estudio en los dos años previos a la inclusión en el ETAC alcanzaron los 1.630.192€. Los costes asistenciales totales originados por los pacientes desde su ingreso en el ETAC (coste ETAC+coste hospitalización) han supuesto 374.231€, es decir un 77% inferiores.

Estudio cualitativo: Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave, 2012.

Estudia la efectividad del TAC para la reducción de ingresos hospitalarios y urgencias tras su implantación a los 12 y a los 36 meses.

Se realizaron dos análisis pre-post, a los 12 meses (N = 55) y a los 36 meses (N = 38). Todas las diferencias fueron significativas. En el estudio a 12 meses el número de ingresos pasó de 83 a 28, el número de días de ingresos

pasó de 1.494 a 252, y el número de urgencias se redujo de 66 a 12. En el estudio a 36 meses los resultados fueron similares, en todos los casos el tamaño del efecto fue entre medio y alto. El número de pacientes que ingresaron también se redujo en un 64,6% y en un 43,33%, respectivamente. El programa, llevado a cabo en un contexto de investigación naturalista, ha mostrado ser efectivo.

Fuente: elaboración propia.

