

ESPACIO ABIERTO / OPEN ACCESS

# La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas

## Socio-community Based Intervention with Severe Chronic Mentally Ill Subjects: Theoretical Approaches and Practical Discussions

Jesús Saiz Galdós y Alejandro Chévez Mandelstein  
Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Procesal

**Resumen.** Tomando en cuenta la actual necesidad de formular un tratamiento integral para enfermos mentales graves y crónicos, así como la reciente tendencia a la intervención fuera del ámbito institucional, aquí desarrollamos una revisión teórica de dos aportaciones sumamente reconocidas de intervención socio-comunitaria con este tipo de pacientes: el Tratamiento Asertivo Comunitario y el Acompañamiento Terapéutico. Para esto comenzamos definiendo el término “trastorno mental grave y crónico” y realizando una breve revisión de los antecedentes de la intervención socio-comunitaria. Además, se analiza el recurso Equipo de Apoyo Social Comunitario, un dispositivo multidisciplinar de reciente creación en la Comunidad de Madrid, que fundamentado en los anteriores, se aboca a la intervención con este colectivo en el ámbito comunitario.

Finalmente, se discuten consideraciones prácticas en este campo, tales como el concepto de “encuadre”, el tratamiento “in vivo”, el de “conciencia de enfermedad” o la importancia de la implicación de la comunidad en el tratamiento de este colectivo. Del mismo modo, se formulan recomendaciones generales para futuras investigaciones.

**Palabras clave:** intervención socio-comunitaria, tratamiento asertivo comunitario, acompañamiento terapéutico, enfermedad mental.

**Summary.** In view of both the current need to formulate a comprehensive treatment for severe chronic mentally ill patients and the increasing tendency to outpatient care, this paper presents a theoretical review of two acknowledged socio-community based approaches –the assertive community treatment and the therapeutic accompanying. First, a definition of “severe chronic mental illness” is forwarded along with a brief review of the background of socio-community based intervention. Then, an outline of the community social support team is made –a new multidisciplinary device in Madrid Region for treating this kind of patients. Finally, practical considerations are made about issues such as the concept of setting, in vivo treatment, illness awareness and the importance of community involvement in the treatment of these patients. Some recommendations are also made for future research.

**Key words:** socio-community based intervention, assertive community treatment, therapeutic accompaniment, mental disease.

---

La correspondencia sobre este artículo dirigirla a Jesús Saiz Galdós, CD Soporte Social-Fuencarral, C/ Hospitalet de Llobregat, 2, CP. 28034, Madrid. E-mail: [jesus\\_saiz@hotmail.com](mailto:jesus_saiz@hotmail.com)

## Introducción

Tal y como se recoge en el “Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave” del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Guinea, 2007), la situación actual de personas con estos trastornos en España está progresando en una dirección en la cual se abandona la exclusividad del tratamiento hospitalario, por una aproximación orientada al ámbito socio-comunitario, buscando activamente la integración social y normalización de estos pacientes.

No obstante, aunque resulta fundamental avanzar en este tipo de tratamientos, es también necesario evaluar nuestras intervenciones para asentar las prácticas terapéuticas en la evidencia científica (APA, 2006; Dixon y Goldman, 2003).

Por esta razón, aquí desarrollamos una revisión teórica que parte de dos aportaciones sumamente reconocidas de intervención socio-comunitaria con pacientes con trastorno mental grave y crónico, el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y el Acompañamiento Terapéutico (AT), y concluimos con un análisis del dispositivo recientemente implementado en la Comunidad de Madrid, “Equipo de Apoyo Social Comunitario”, que según planteamos se nutre de ambos modelos.

### *Trastorno Mental Grave y Crónico*

El concepto de Enfermedad Mental Grave y Duradera o Trastorno Mental Grave y Crónico (en adelante TMGC) es empleado para definir a un extenso y heterogéneo grupo de personas que sufren trastornos psiquiátricos graves. Goldman, Gatozzi y Tanbe (1981, p.22) lo definieron de la siguiente manera: “Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales,

aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Asimismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos”.

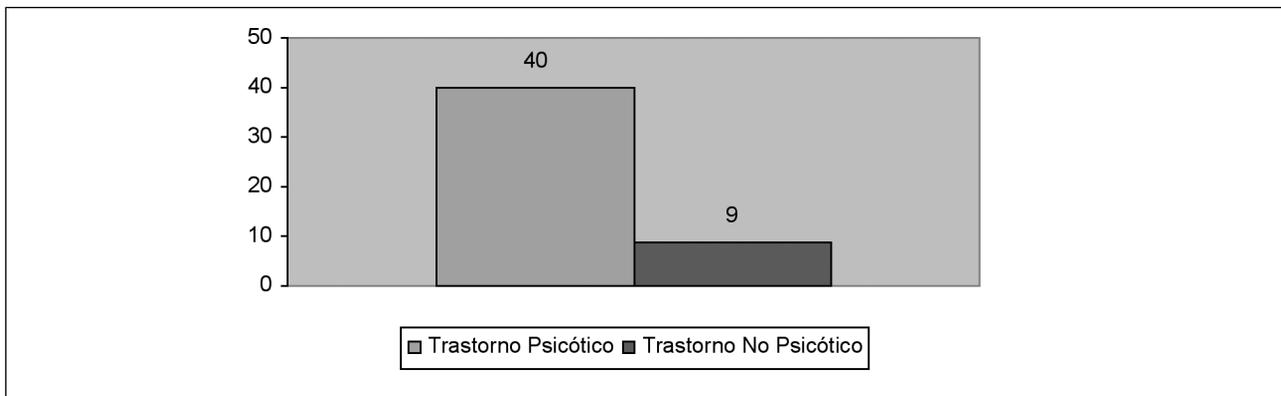
En este sentido, resulta sumamente importante señalar las tres dimensiones que el concepto TMGC implica (Rodríguez y González, 2002; Consejería de Servicios Sociales, 2003): en primer lugar, existe una dimensión diagnóstica bien definida en distintos manuales (CIE-10, 1992; APA, 2001), que hace referencia a los trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente psicosis funcionales (en especial esquizofrenia; así como el trastorno afectivo bipolar, trastornos delirantes, trastornos esquizoafectivos, etc.) y otros trastornos graves que pueden generar importantes discapacidades psicosociales. En segundo lugar, el TMGC implica una serie de discapacidades que se concentran en dificultades para el desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social (autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y funcionamiento laboral). Y finalmente, el carácter crónico de estos trastornos implica que su evolución será larga y en ocasiones de por vida, lo cual exige unas medidas especiales para su tratamiento.

En cuanto a la prevalencia de casos con este trastorno, se ha calculado que existen, únicamente en la Comunidad de Madrid, 5.379 casos de personas entre 16 y 60 años que presentan una minusvalía superior al 33% debida a un TMGC. Así, tal y como se observa en la Figura 1, Rodríguez y Bravo (2003) consideraron que el 40% de los pacientes diagnosticados como psicóticos cumplen criterios de TMGC y el 9% de los pacientes no psicóticos también cumple estos criterios.

### *Antecedentes de la intervención socio-comunitaria*

La forma de abordar estas enfermedades ha sido un tema de debate permanente, el cual ha oscilado desde la propuesta de un tratamiento centrado en la hospitalización del enfermo, a otro en el cual se

Figura 1. Porcentaje de pacientes con TMGC



aborda su problemática desde una perspectiva psicosocial (Clark, 1982) y en el medio socio-comunitario (Rodríguez y Sobrino, 1997).

La psiquiatría moderna de mediados del siglo XX continuó la tradición asilar de la psiquiatría clásica (1850-1930), manteniendo el internamiento en hospitales psiquiátricos como estrategia principal en el tratamiento de pacientes con TMGC, alcanzándose unos niveles máximos de institucionalización en la mayoría de los países occidentales, entre finales de los años 50 y mediados de los 70. En Europa, en un contexto de postguerra, la demanda de tratamientos psiquiátricos era muy superior a la que podían abarcar los recursos institucionales clásicos de la época. En EEUU, más de medio millón de personas estaban internadas en centros psiquiátricos en 1958, y en España, la cantidad de pacientes internados era de casi 52.000 pacientes en 1972. Sumado a esto la ausencia de tratamientos estandarizados, la heterogeneidad de las patologías que allí se trataban, la falta de un consenso en el diagnóstico y el descrédito en el contexto de la medicina, junto con una escasa dotación presupuestaria, hacían de éste un sistema obsoleto que requería de una reforma (Salvador-Carulla, Romero, Rodríguez-Blázquez, Atienza y Velásquez, 1998). En este marco, a partir de 1930 se pusieron de manifiesto las primeras críticas institucionales al sistema asilar, las cuales comenzaron a configurarse en lo que posteriormente se llamó “movimiento antipsiquiátrico”. Éste sostenía que la hospitalización no beneficiaba la socialización y la participación en comunidad del enfermo mental (Goffman, 1961), cuestionaba el concepto básico de “enfermedad mental” y las categorizaciones nosoló-

gicas (Cooper, 1985), además de realizar un dura crítica a los ingresos involuntarios y al tratamiento farmacológico (Szasz, 1974), cuestionar la violencia del entorno psiquiátrico, la medicalización de la enfermedad mental (Laing, 1974) y las relaciones de poder que ella establecía (Basaglia, 1972; Foucault, 2005). Como consecuencia de esta situación, las políticas sanitarias se fueron modificando hacia una psiquiatría de puertas abiertas que recalara en la comunidad y en la integración social (Clark, 1982).

De esta manera, a partir de los años 50 cobró gran impulso el estudio de la psicología social, las teorías cognitivo-conductuales y el psicoanálisis aplicado a los grupos. En Inglaterra se iniciaron los primeros dispositivos grupales implementados dentro del ámbito hospitalario (Bion, 1975). En 1947 apareció en Canadá el primer Hospital de Día y comenzó a configurarse el concepto tan difundido en la actualidad de Red Social (Lewin, 1952).

La concepción clásica de terapia “intra-muros” dio lugar, por su propia limitación, a una nueva conceptualización acerca de la locura y sus espacios dentro de lo grupal e institucional, abriendo las puertas al análisis de la familia del paciente (Bott, 1957), el ambiente en el que vive (Barnes, 1990), su tiempo libre y su relación con los trastornos mentales. Paralelamente, en diferentes países, se fue desarrollando un dispositivo con características similares, en España el “monitor de tiempo libre” comenzó a trabajar con pacientes psiquiátricos; en Francia, el “animateur”, era el encargado del acompañamiento grupal ligado a actividades de recreo y ocio; en Canadá, en el Centro 388 de Québec, el llamado “interviniente clínico”, se incluyó especialmente

como parte del dispositivo para el tratamiento de pacientes psicóticos; en Inglaterra y Bélgica se crearon los “dispositivos de enlace” y en Argentina y Brasil, se incorporó un agente llamado en un primer momento “amigo calificado” (Kuras de Mahuer y Resnisky, 1985), y que más tarde tomaría su nombre definitivo, Acompañante Terapéutico.

Por otra parte, el cierre de los hospitales psiquiátricos y la desinstitucionalización, cuando no existía una red asistencial apropiada, trajo una larga serie de problemas sociales y comunitarios. Algunos de estos fueron: a) el fracaso en la integración plena de la población esquizofrénica y con TMGC; b) el aumento de la carga familiar, con el consiguiente deterioro de las familias que debían acoger a estos miembros y no estaban preparadas para ello; c) la diversidad de programas de rehabilitación y la influencia de las filosofías subyacentes en los mismos, que aumentaban la confusión y no todos demostraban su eficacia, d) la falta de plazas públicas y el aumento de las lista de espera.

Actualmente, nos encontramos en tiempos de continuo cambio y puede observarse que el sistema está siendo paulatinamente puesto en jaque (Allert, et al., 2004). Las instituciones intentan cubrir con voluntarios o profesionales no especializados los espacios vacíos dejados en el tránsito del paciente por las numerosas instituciones que conforman la red sanitaria (Bertucelli, 2000). La especificidad de la problemática requiere una intervención concreta para evitar que el paciente pierda continuidad en su tratamiento o lo abandone, o lo que suele suceder, que se convierta en un reincidente esporádico, recurriendo por épocas a las instituciones. Es decir, que se vuelva un “usuario de recursos crónicos”, multiplicando el gasto en servicios, limitando la disponibilidad de recursos y saturando el sistema.

Afortunadamente hoy en día, los avances en farmacología y en modelos psicosociales de tratamiento, están permitiendo que el objetivo de mejorar la inserción social y participación comunitaria sea un hecho real. El Tratamiento Asertivo Comunitario y el Acompañamiento Terapéutico, son dos modelos de intervención que vienen siendo empleados en distintos países desde hace más de treinta años. Por otra parte, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, inspirándose en estos

modelos, ha creado los Equipos de Apoyo Social Comunitario.

### ***Tratamiento Asertivo Comunitario***

El Tratamiento Asertivo Comunitario (en adelante TAC) es, probablemente, uno de los modelos de intervención comunitaria en salud mental, más aplicado y probado empíricamente de los que actualmente existen. Éste fue desarrollado en los años 70 por Marx, Test y Stein (1973), bajo la denominación de “Entrenamiento para la Vida en Comunidad”, y hacía especial énfasis en la evaluación y adquisición de las habilidades necesarias para la vida comunitaria. Más tarde cobraría el nombre de “Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario”, debido a la importancia que otorgaba en invitar al paciente a participar activamente en su propio tratamiento. El objetivo principal que motivó esta aproximación terapéutica fue el de combatir el fenómeno de “puerta giratoria”, que consistía en la alta reincidencia observada en aquellos pacientes que habían sido dados de alta de los hospitales psiquiátricos, y el de mejorar la calidad de vida de las personas con TMGC (Test y Stein, 1976).

En uno de sus primeros artículos, Test y Stein (1976) desarrollaron las siguientes líneas guía para el tratamiento comunitario:

1. En primer lugar, el tratamiento comunitario (Ibíd., p.73) “debe centrarse principalmente en enseñar aquellas habilidades básicas necesarias para vivir tan autónomamente como sea posible en la comunidad”. Siendo cuatro los principales tipos de habilidades a trabajar: a) habilidades para la vida diaria; b) habilidades laborales; c) habilidades para el tiempo libre; y c) habilidades sociales o interpersonales.
2. El lugar del tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, procurando en todo momento que la intervención sea normalizadora.
3. Los métodos y técnicas de tratamiento que sugerían son: a) Una actitud asertiva, que implicaba (Ibíd., p.77) “traer el tratamiento al paciente”. Según estos autores, “un acercamiento extremadamente directivo y asertivo

por los profesionales es necesario, especialmente al inicio, para envolver y mantener a los pacientes en actividades terapéuticas". Esto adquiere una connotación más positiva, si tomamos en cuenta la actitud ambivalente de muchos pacientes, ante los cuales puede ser más oportuno invitarles a participar en una actividad que preguntarles abiertamente si desean hacerlo. b) Técnicas de aprendizaje social (coaching o instrucciones verbales, modelado, refuerzo, ayudas totales o parciales, retirada progresiva de las ayudas, etc.). c) Responsabilizar al paciente de sus conductas. El objetivo de esto es que el paciente adquiera conciencia de las consecuencias de sus conductas, mediante un proceso de aprendizaje lo más normalizado posible.

4. Finalmente, Test y Stein (1976) también consideraron que los profesionales del TAC debían tener un determinado perfil, del cual destacaron: a) capacidad de trabajar fuera de la oficina, b) interés de enseñar habilidades básicas, c) capacidad de emplear los principios del aprendizaje social, d) capacidad de ofrecer un apoyo a los pacientes, relacionándose con ellos de un modo asertivo, y e) sensibilidad por una gran variedad de asuntos sociales.

Posteriormente, esto ha sido revisado por otros autores (Bond, Drake, Mueser y Latimer, 2001; Bond, 2002; Morago, 2006), y las líneas de actuación y características fundamentales que identifican al TAC han sido sintetizadas de la siguiente manera:

1. La característica básica y que da nombre a los equipos de TAC, es que éstos son especialmente asertivos, es decir, procuran implicar activamente al usuario en su tratamiento, motivándolo en todo momento.
2. Un equipo multidisciplinar, en el cual estén incluidos profesionales sanitarios y sociales.
3. Servicios integrados. Dada la naturaleza multidisciplinar del equipo TAC, el servicio que se ofrece posee un carácter holístico, dentro del cual se abordan aspectos tan distintos como el control de la medicación, la conciencia de la enfermedad, el empleo, el ocio o las actividades de la vida diaria.

4. Trabajo en equipo, que implica que todos los miembros cooperen en la intervención de todos los usuarios, enriqueciendo la intervención con sus formaciones profesionales específicas.
5. Baja proporción usuarios por profesional, recomendándose diez usuarios por cada profesional o veinte usuarios, cuando éstos se encuentren estables.
6. Las intervenciones se realizarán, preferentemente, en la comunidad. Ya sea en el domicilio del paciente o en otro tipo de ambientes, siendo uno de los rasgos distintivos del TAC el "tratamiento in vivo".
7. Manejo de la Medicación. Dado que los equipos de TAC se crearon en contextos hospitalarios, una de las prioridades que adquirieron fue el entregar la medicación a los pacientes y desarrollar en los mismos las habilidades necesarias para el manejo y consumo responsable de la misma.
8. Resalta el trabajo con habilidades y actividades para la vida diaria (AVD) necesarias para vivir en comunidad, tales como el aseo, el vestido, la compra, la cocina, el transporte, etc.
9. Rápido acceso. A diferencia de otros servicios, el TAC tiene la virtud de ofrecer rápidamente respuesta a las necesidades múltiples de los usuarios. Además, el servicio está disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana, siendo el contacto frecuente y flexible.
10. Los servicios son individualizados, tornándose fundamental una primera evaluación de las necesidades y capacidades del usuario, que permita diseñar un plan individual de actuación que integre una serie de objetivos basados en las mismas.
11. La intervención de los equipos de TAC no tienen una duración preestablecida, y aunque se ha comprobado que es posible trasladar a los usuarios a otro tipo de abordajes menos intensos una vez alcanzada cierta estabilidad (Stein, Barry, Van Dien, Hollingsworth y Sweeney, 1999), no existe un periodo mínimo o máximo de duración para el tratamien-

to, estando éste supeditado a las características individuales arriba mencionadas.

12. Trabajo con las familias, que implica la psicoeducación y el apoyo cuando se considere oportuno.
13. Brindar asesoría laboral, ayudando a los usuarios a encontrar y mantener su trabajo.

Finalmente, estas líneas han sido recogidas en distintas escalas de evaluación, las cuales permiten conocer el grado de fidelidad en la aplicación del TAC, y aseguran de esta manera, que exista cierta homogeneidad en las prácticas de intervención comunitaria (Bond, Drake, Mueser y Latimer, 2001; McGrew, Bond, Dietzen y Salyers, 1994).

Por todo esto, el TAC ha sido definido como “un complejo programa terapéutico multicomponente” o “un programa, en el cual un equipo multidisciplinar lleva a cabo un tratamiento integral en la comunidad, rehabilitación y servicios de apoyo, para ayudar a personas con enfermedad mental grave y crónica, a evitar la hospitalización psiquiátrica y facilitar el vivir independientemente en un ambiente comunitario natural” (Gold et al., 2003).

En cuanto a la sustentación científica del TAC, cabe decir que ha sido considerada como una práctica terapéutica basada en la evidencia científica (Dixon y Goldman, 2003; Gold et al., 2003), habiendo sido validada en numerosos estudios de carácter empírico.

Así, desde las primeras investigaciones experimentales (Stein, Test y Marx, 1975), comparando los resultados obtenidos entre grupos de pacientes tratados por medio de procedimientos comunitarios (TAC), con pacientes en otros tipos de tratamientos, se demostró que los primeros obtenían un mayor número de situaciones de vida autónoma y de trabajo. Estudios posteriores de estos mismos autores (Stein y Test, 1980) mostraron que el TAC a los 14 meses reducía la necesidad de hospitalización de los pacientes y mejoraba la integración social de los mismos.

La población para la que fue diseñado el TAC es personas con TMGC, y especialmente, para aquellos que no respondían correctamente a servicios ambulatorios (Bond, 2002). No obstante, el TAC ha sido también empleado con pacientes con patología dual, con sujetos con deudas con la justicia y en el trata-

miento de personas sin hogar. Sobre este último colectivo, Coldwell y Bender (2007) encontraron que quienes habían recibido TAC, mostraban una mayor mejora en la severidad de síntomas psiquiátricos y una mayor probabilidad de reducir su condición de sin hogar.

En cuanto al criterio costo-beneficio, ya Weisbrod, Test y Stein (1980) comprobaron que económicamente el costo del tratamiento de pacientes por medio de TAC era algo superior al de otros tipos de tratamiento, sin embargo, el resultado, en cuanto a conseguir empleo, disminuir la severidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida, era casi tres veces mejor, por lo cual, la relación costo-beneficio se inclinaba a favor del TAC. Asimismo, Test y Stein (1980) también hicieron notar que el costo social, medido según el número de arrestos, intentos de suicidio y urgencias médicas, era superior entre los pacientes que habían sido tratados por otros tratamientos distintos al TAC.

En España se han realizado tratamientos con enfermos mentales, siguiendo el modelo TAC, en las ciudades de Albacete, Avilés, Barcelona, Madrid, Málaga y Sevilla (Hernández, 2005; Morago, 2006), mostrando un notable éxito y aceptación por parte de profesionales y pacientes (Hernández, 2008).

Resumiendo, podemos considerar el TAC (Dixon y Goldman, 2003) como un “paquete integrado” de tratamientos y servicios cuyo objetivo es facilitar la autonomía y la calidad de vida de las personas con TMGC.

### *Acompañamiento Terapéutico*

El Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT) es un dispositivo clínico que centra su intervención en el vínculo y la relación con el paciente y su red social personal, siendo tributario del Psicoanálisis, la Psicología Social y la Psicología Sistémica. Si bien no dispone de un conjunto de estudios empíricos como el TAC, treinta años de práctica legitiman su implementación como intervención en el campo social comunitario. El AT es una respuesta a la búsqueda de recursos alternativos, para el abordaje de pacientes que requieren una modalidad de atención que contemple la necesidad de una presencia institu-

cional, tanto en la vida cotidiana como en la inmediatez de una crisis. Puede considerarse como un dispositivo clínico instrumentado dentro de la teoría de las Redes Sociales (García y Ramírez, 1995), con la intención de expandir el terreno de lo terapéutico desde la clínica, a través de la institución, en los tiempos libres, en la calle y en el domicilio del paciente (Zaldúa, 2000). En este sentido, definimos el AT como un “dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social”.

Pensar el AT, como dispositivo asociado a estrategias y planes de salud significa introducirnos de pleno en el ámbito sociocomunitario, y extender el marco de lo entendido tradicionalmente como “lo terapéutico” a un “más allá” de las puertas de la institución.

Su intervención será aconsejada en casos de aislamiento social, enfermedad mental crónica y drogodependencias (Seidmann y Muchnik, 1998), sobre todo en aquellos casos en los que el usuario no dispone de los recursos necesarios (físicos, psíquicos o sociales), para acceder a los recursos sanitarios regulares de forma autónoma y sostener su tratamiento en el tiempo.

Más detalladamente, acompañar no significa “seguir” (en el sentido de un seguimiento como se piensa en el “acompañamiento social”), tampoco es “mediar” (en el sentido de la “mediación sociocomunitaria”), estos enfoques quedan atrapados en su formulación en la representación del acompañamiento como presencia. Mientras que, es en el registro simbólico de las presencias y ausencias del acompañante, en el tiempo de una espera transversal a la del contexto, que instiga al usuario a su normalización, donde se produce el registro de la compañía. El acompañamiento es irreductible a una intervención particular, pero es sensible a todas ellas.

Por eso decimos que el AT ocupa un lugar intersticial entre dos dimensiones:

1. Dimensión Transaccional: en el sentido de que su posición varía en función de la negociación

que se haga con cada una de las partes en juego en cada momento, por lo que se ubica en el centro de una lucha de intereses.

2. Dimensión Transicional (Kuras de Mahuer y Resnisky, 2004): su trabajo no es propiedad del paciente, de la familia, del terapeuta o de la institución tratante, sino que es un tiempo de tránsito entre un momento y otro, un tiempo y otro, una espera, que se construye junto con el usuario.

El dispositivo de AT constituye, dentro de la cotidianidad del paciente, “una red artificial temporal” similar a lo que Erickson define como “sistema sustitutorio por tiempo limitado” (Erickson en Haley, 1994). Su función es sostener el encuadre continente del tratamiento fuera de los espacios propiamente terapéuticos, mientras el paciente reconstituye su red o se estabiliza en el tratamiento. Al mismo tiempo, cumple una función de “andamiaje”, potenciando el desarrollo progresivo de las posibilidades del paciente.

De modo que tenemos al Acompañante y el Acompañado, relacionándose y compartiendo experiencias en casa del paciente, calles, parques, cines, etc. Este tipo de inserción abre todo un campo de intervenciones junto al paciente, utilizándose los potenciales terapéuticos de su vida cotidiana (Manson, Rossi, Pulice et al., 2002).

Va delineándose así un rol específico para el AT, diferente al del Psicólogo, el Trabajador Social o el Enfermero. Estos tres siempre relacionados al ámbito interno de la institución.

En síntesis, un Acompañante Terapéutico es “un agente de salud socio-comunitario al servicio de una intervención clínica”.

Esta definición incluye dos cuestiones clave: en primer lugar, la palabra “agente” proviene del latín “agere” que significa hacer u obrar, es decir agente es aquel que obra o tiene virtud de obrar, que produce un efecto o que obra con poder de otra. Este punto resulta fundamental, ya que un acompañamiento es “en tanto se hace con cada paciente”. Por otra parte, no hay una definición específica a priori de “lo que se hace”, ni de las capacidades que debe tener un acompañante para realizar su trabajo, de aquí la flexibilidad de su aportación (Duarte, 2005).

En segundo lugar, “al servicio de una intervención clínica”, significa que el acompañamiento es

una intervención, y no un tratamiento, es incluido dentro de un tratamiento como una intervención más, y está sujeto a la estrategia del tratamiento, sea ésta psicoanalítica, psicológica o psiquiátrica.

Mientras el Psicólogo cumple la función terapéutica propiamente dicha, a través de terapias individuales, grupales o familiares, pautando las estrategias adecuadas para ese paciente o grupo en particular, el acompañante terapéutico participa en estos tres ámbitos acompañando al paciente y participando a través de señalamientos de la puesta en acto de esas estrategias.

Al Trabajador Social corresponde evaluar la red social del paciente y eliminar los obstáculos que limitan el transcurrir institucional del mismo. El Acompañante puede aportar información acerca de la red social personal de paciente y motivarlo a resolver aquellas cuestiones administrativas que limiten su recorrido institucional (Dabas, 2000), a la vez que se propone como articulador con el entorno in situ, trabajando el día a día. Mientras que el Trabajador Social trabaja “con la Red”, el acompañante terapéutico trabaja “en la Red” (Sluzki, 1996).

En este sentido, la intervención basada en AT puede incluir los siguientes profesionales: Psicólogo, Trabajador Social, Enfermero, Educador, etc., poseyendo cada uno las funciones propias de su perfil profesional y ejerciendo igualmente de “acompañantes” cuando sea necesario.

Resumiendo, el AT es un dispositivo a desplegar en la cotidianidad del paciente, ya sea que éste se halle ingresado o realizando tratamientos ambulatorios. La tarea de acompañamiento se realiza siempre en equipo y los objetivos son planteados por el profesional tratante. Representa una continuidad en la vida cotidiana del paciente articulando el tratamiento con el ámbito socio-comunitario. El dispositivo de AT debe formar parte de un tratamiento integral, y necesariamente, estar articulado con una estrategia que incluya factores psicosociales, familiares, laborales y comunitarios (Sluzki, 1996).

Finalmente, el acompañante terapéutico intervendrá mediante la palabra, los actos, su cuerpo, en situaciones que el acompañado necesite sostén y contención, permitiendo acercarse a aquellas condiciones que faciliten el tratamiento (Kuras de Mahuer y Resnisky, 2004, 2005). Partiendo de un vínculo

positivo y de confianza, las estrategias estarán centradas en la iniciativa del paciente desde una posición acrítica, utilizando como principales herramientas la creatividad y el juego que la intervención en el propio espacio vital del paciente permita.

### *Equipo de Apoyo de Social Comunitario*

De la articulación teórica y práctica del TAC y AT, surge el recurso denominado “Equipo de Apoyo Social Comunitario” (en adelante EASC). Son muchos los elementos que el EASC debe al TAC, pero especialmente, de éste recoge el énfasis en el trabajo en equipo y el objetivo general de buscar la inserción social y la autonomía del paciente con TMGC. Mientras que del AT retoma el uso terapéutico de los acompañamientos y la intención de socializar a los pacientes dentro del mismo ámbito comunitario.

Tal y como está especificado en el “Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, 2003-2007” de la Comunidad de Madrid (Consejería de Servicios Sociales, 2003), el EASC es un recurso de atención social y apoyo comunitario, creado para facilitar el mantenimiento en su domicilio y en la comunidad de personas con enfermedades mentales crónicas con mayores dificultades de integración, trabajando coordinados con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental (en adelante SSM), desde una lógica de estrecha integración, complementariedad y trabajo en red.

De la misma forma que el TAC, los EASC son equipos multidisciplinares (García, 2004) y, además del apoyo sanitario que depende de los SSM del distrito de referencia, los EASC están integrados por un coordinador, un psicólogo, un trabajador social y dos educadores.

La proporción de pacientes por profesional es aun menor que en el TAC, siendo de aproximadamente seis usuarios por profesional. La población a la cual está dirigida es personas de ambos sexos con TMGC y con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, teniendo una capacidad de atención de treinta usuarios. El perfil concreto de los usuarios de los EASC es de personas:

1. Detectadas y atendidas en el SSM del correspondiente distrito, a través de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados.
2. Que presentan dificultades de vinculación con recursos, tanto de su propio entorno y comunidad, como con el servicio de Salud Mental o los específicos del Plan de la Comunidad de Madrid.
2. Que carecen de las suficientes capacidades y habilidades para vivir de forma autónoma en su domicilio, tanto si viven solos como con sus familiares.
4. Que por presentar un deterioro leve o moderado en sus capacidades, no necesitan procesos estructurados e integrales de rehabilitación psicosocial, siendo más adecuadas las intervenciones de apoyo social comunitario para prevenir un mayor deterioro y facilitar su integración comunitaria.
5. Que tras un ingreso psiquiátrico, necesitan apoyo específico, para el regreso al domicilio e integración en su entorno comunitario.

De forma resumida, los objetivos generales del EASC son:

1. Apoyar y complementar la labor que se desarrolla desde el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados del Centro de Salud Mental.
2. Fomentar y facilitar la vinculación regular y adecuada del usuario con el SSM, con otros recursos específicos de atención social y con recursos comunitarios que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
3. Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno sociocomunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
4. Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario.
5. Evitar situaciones de marginalización y abandono.
6. Apoyar para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias.

Para abordar estos objetivos los EASC, de acuerdo con el SSM, diseñan un “Plan Individualizado de Atención Social Comunitaria” (en adelante PIASC),

específico y ajustado a las características y necesidades de cada paciente. La intervención, por lo general, se realiza en el entorno comunitario y en el domicilio, siendo las principales áreas de intervención:

1. El Domicilio: se trabajan aspectos como la autonomía personal, los autocuidados, las habilidades domésticas, la psicoeducación, las relaciones familiares, etc.
2. El Medio Comunitario: concierne lo relativo al conocimiento y manejo de los diferentes recursos (transporte, ocio, etc.), entrenamiento y recuperación de habilidades, apoyo a la utilización de dichos recursos, etc.
3. La Familia: se realizan tareas de asesoramiento, información, apoyo individualizado, resolución de problemas para mejorar la convivencia, estrategias para aliviar la sobrecarga, facilitar su vinculación y participación en recursos comunitarios, etc.
4. La Vinculación con la Red: se trabaja el acompañamiento y apoyo a la vinculación con la red de Salud Mental, Servicios Sociales y recursos normalizados.

La intervención de los EASC está marcada por cuatro instantes diferentes, que a menudo se superponen: 1) establecimiento del vínculo, 2) evaluación, 3) intervención y, 4) des-vinculación.

El establecimiento del vínculo se entiende como la fase más crucial de la intervención. Si no se consigue éste, es poco probable que se pueda prolongar y profundizar en la relación con el paciente. La importancia que se le otorga al vínculo es deudora del AT, pero también es congruente con otras aproximaciones teóricas (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández y Virués, 2005).

Resulta además necesario subrayar que, dada la naturaleza de la enfermedad de los pacientes atendidos, en la mayoría de los casos su “conciencia de enfermedad” está especialmente mermada, lo cual exige el empleo de una importante suma de estrategias. Algunas de ellas incluyen el reforzamiento y modelo de conductas de aceptación, la exposición a estímulos reforzantes, la motivación para el cambio, así como una actitud de respeto y comprensión con las decisiones del paciente.

La evaluación, aunque es continua, y comienza desde el primer contacto con el usuario y no finaliza

hasta la des-vinculación definitiva del mismo, es más intensa en los primeros meses, ya que de ésta surge el mencionado PIASC. Durante la evaluación, cada miembro del equipo realiza las observaciones pertinentes, que después habrán de converger en la elaboración de los objetivos de intervención. Estos objetivos son consensuados con el personal del SSM y finalmente propuestos, para su modificación y corrección, al propio paciente y familiares o tutores del mismo.

La intervención, aunque ciertamente también inicia desde el primer contacto con el paciente, se situará por motivos estructurales en el momento en el que son aceptados los objetivos de intervención del EASC y ocurre el acuerdo o "contrato" terapéutico. Las estrategias de intervención son diversas y específicas para cada paciente. Entre éstas, sesiones de psicoeducación (familiar o individual), procesos de modelado, aproximación sucesiva a ambientes-objetos fóbicos, entrenamiento en habilidades sociales, etc. son las más comunes, las cuales se llevan siempre a cabo dentro de un contexto de confianza, respeto e implicación mutua en el tratamiento.

Finalmente, tomando en consideración la importancia que para el usuario posee el equipo de apoyo, la des-vinculación se postula como un periodo en el cual deberán trabajarse dos objetivos: 1) la instala-

ción de programas de mantenimiento y seguimiento apropiados, que aseguren la permanencia de las distintas habilidades conseguidas durante la intervención, y 2) el que el paciente haya logrado formalizar distintos vínculos en su propio contexto social, los cuales sirvan para sustituir el establecido con el EASC (combatiendo de esta manera el surgimiento de una posible dependencia).

En resumen, los EASC se constituyen como unos recursos novedosos, con una antigüedad aproximada de tres años en la Comunidad de Madrid, que han sido diseñados para, desde una perspectiva comunitaria, ofrecer un tratamiento integral que permita a sujetos con TMGC vivir en sociedad de la manera más normalizada posible.

## Discusión

Hasta aquí se han revisado dos de las perspectivas teórico-prácticas más influyentes en el ámbito de la intervención socio-comunitaria y se ha descrito el recurso del EASC, que apoyado en las mismas, se centra en la Comunidad de Madrid en el tratamiento de enfermos con TMGC. En el Cuadro 1 se comparan los tres modelos, haciéndose énfasis en los elementos comunes (lugar de intervención y temporalidad del tratamiento) y en las particularidades que los

Cuadro 1. Comparación de los tres modelos de intervención socio-comunitaria descritos

	Tratamiento Asertivo Comunitario	Acompañamiento Terapéutico	Equipo de Apoyo Social Comunitario
Objetivos de intervención	Autonomía, Evitar hospitalización psiquiátrica	Autonomía, Desarrollo del vínculo y red social	Autonomía, Normalización, Facilitar vínculo a otros dispositivos
Lugar de intervención	Entorno socio-comunitario	Entorno socio-comunitario	Entorno socio-comunitario
Marco teórico de referencia	Teoría cognitivo-conductual	Teoría psicoanalítica Teoría sistémica	Perspectiva integradora
Metodología	Directiva, Asertiva	No directiva	Ambas
Naturaleza del equipo	Multidisciplinar	Interdisciplinar	Multidisciplinar
Profesionales	Sanitarios y Sociales	Sociales	Sociales
Proporción profesional - usuarios	1: 10 - 20	1: 6 - 8	1: 6 - 8
Temporalidad del tratamiento	No tiene duración pre-establecida	No tiene duración pre-establecida	No tiene duración pre-establecida
Objeto de intervención	Usuario, Familia	Usuario, Familia	Usuario, Familia, Entorno-sociocomunitario

distinguen (objetivos de intervención, marco teórico de referencia, metodología, etc.).

Por otra parte, la intervención socio-comunitaria con este colectivo posee algunas particularidades en las cuales resulta obligado profundizar.

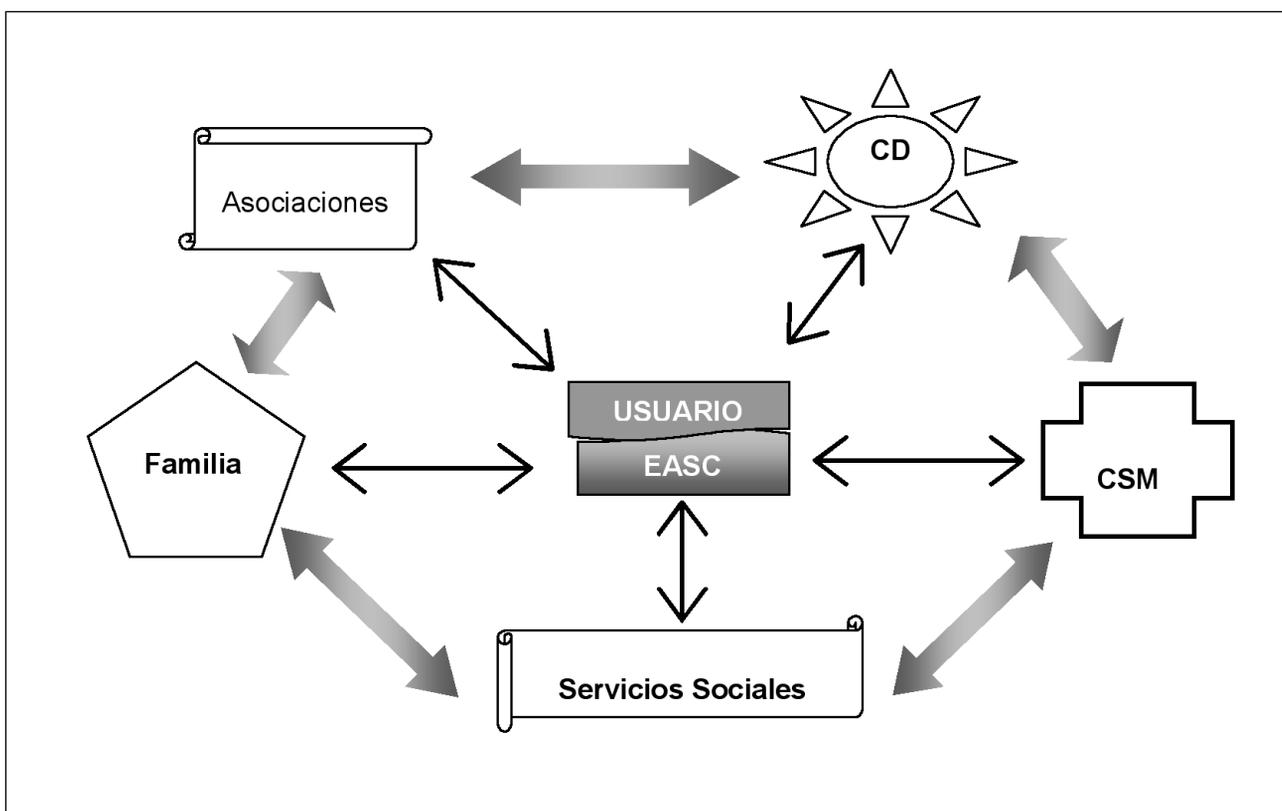
En primer lugar, el tratamiento “in vivo”, que resulta siempre un reto para cualquier profesional, implica valiosas posibilidades que deben ser aprovechadas. Así, el establecimiento del encuadre, en un espacio que se encuentra en constante cambio (distinto al recinto cerrado de cualquier institución), requiere de un continuo recuerdo de los roles de los profesionales y las características del recurso. Las posibilidades que la intervención “in vivo” ofrece giran en torno a la idónea oportunidad del empleo de técnicas de modelo, refuerzo natural de conductas adaptativas, establecimiento de vínculos y redes sociales, técnicas de confrontación, etc.

En este sentido, tal y como se ejemplifica en la Figura 2, cabe destacar que el tratamiento “in vivo” constituye la fundación de un nuevo campo de trabajo, ya que la intervención socio-comunitaria no se desarrolla “fuera o dentro” de instituciones, sino que

funda un nuevo espacio al que hemos denominado “inter-institucional”. Su característica principal sería la de ser un espacio transicional entre diferentes espacios, que incluiría la circulación entre las diferentes instituciones (sanitarias, socio-económicas y comunitarias). Observamos además que este nuevo espacio, más que geográfico, es una dimensión política que implica diálogos y posibles intereses distintos, y por lo tanto, variable y dinámico. Este nuevo “lugar” que se construye “junto” al paciente, es en sí mismo un lugar sujeto a “negociación”, ya que el profesional debe pactar el sentido de su presencia junto al paciente y a su red en cada momento, lo cual exigirá que la función del profesional no sea la misma frente a la familia, a la institución médica o a la institución social. Variando también con cada agente, según el momento y la situación, por lo que deberá valerse de estrategias tanto del ámbito de la clínica como de la mediación socio-comunitaria.

En segundo lugar, el hecho de que en la mayoría de los casos no sea el paciente quien demande la intervención, sino que éste es derivado desde el SSM, hace necesario subrayar la importancia que

Figura 2. Espacio inter-institucional del EASC



posee la creación de un vínculo fuerte y una estrecha relación de confianza y respeto. Esto se traduce en la necesidad de promover la demanda en el paciente, para posteriormente crear en él el compromiso con su propio tratamiento. Además, la intervención con pacientes con TMGC implica que un porcentaje significativo de los mismos pueden no poseer “conciencia de enfermedad” o estar ésta muy deteriorada. Lo cual podría exigir el empleo de estrategias no directivas como las formuladas desde el marco de AT.

Igualmente, es fundamental resaltar la importancia del papel de la comunidad en el tratamiento del enfermo mental. Así, el desarrollo de habilidades sociales en el paciente son tan necesarias como el combate del estigma y del prejuicio que en muchas ocasiones pueden dificultar su integración social. En este sentido, elaborar programas que incluyan la esfera vecinal y comunitaria cercana del sujeto, así como que impliquen un acercamiento mutuo, ayudarán a combatir el aislamiento de estos pacientes y resultarán en una sensibilización mayor para que el mismo logre un intercambio social exitoso.

Por último, la gestión del tiempo que implica un trabajo en red, exige también un cuidado apropiado. Generalmente, lo habitual en el tratamiento con pacientes con TMGC es encontrarnos con el “discurso de la urgencia”, tanto en el profesional, como en el usuario, la familia y la institución médica. Por lo que un objetivo a no perder de vista en la intervención es el de crear un espacio en donde “haya tiempo” para el usuario, para la familia y para la institución, siendo necesario, en numerosas ocasiones, entrar en negociación para construir esta temporalidad y prestar un cuidado especial a no caer en el mencionado discurso de la urgencia.

Con todo esto, hemos intentado mostrar las posibilidades y dificultades que presenta este tipo de intervención, así como los fundamentos teóricos en los cuales hasta ahora se ha apoyado, sin embargo, queda aun pendiente la puesta en marcha de estudios científicos, tanto de corte cuantitativo como cualitativo, que profundicen en las particularidades (encuadre, conciencia de enfermedad, participación ciudadana, etc.) de la intervención socio-comunitaria, y permitan un desarrollo conceptual teórico y práctico, posibilitando así un abordaje más eficaz del tratamiento de pacientes con TMGC.

## Bibliografía

- Allert, G., Blasszauer, B., Boyd, K., Callahan, D., Gillon, R., Glasa, J., et al. (2004). *Los fines de la medicina*. Barcelona: Fund. Víctor Grífols i Luca.
- APA. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto Revisado*. España: Masson.
- APA. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Barnes, J. (1990). *Familia y Red Social*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Bertucelli, S. (2000). *Gestión de políticas sociales desde el enfoque de red*. 7mo. Congreso en Redes de Salud. Vol.I. Cap. III. SSP-Rosario.
- Bion, W. (1975). *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bond, G., Drake, R., Mueser, K. y Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bond, G. (2002). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. Disponible en: [www.bhrm.org/guidelines/ACTguide.pdf](http://www.bhrm.org/guidelines/ACTguide.pdf).
- Bott, E. (1957). *Family and Social Networks*. Londres: Tavistock.
- CIE-10. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. España: OMS-Meditor.
- Clark, D. (1982). *Terapia social en psiquiatría*. Madrid: Morata.
- Coldwell, C. y Bender, W. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399.
- Consejería de Servicios Sociales. (2003). *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, 2003-2007*. Comunidad de Madrid.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Dabas, E. (2000). *Las prácticas de intervención en redes de salud. ¿Posibilidad o Utopia?.* 7mo.

- Congreso en Redes de Salud. Vol.I. Cap. III. SSP-Rosario.
- Dixon, L. y Goldman, H. (2003). Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 668-673.
- Duarte, C. (2005). Ética y técnica en el Acompañamiento Terapéutico. Brasil: Ediciones Sobornost.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: FCE.
- García, R. (2004). Salud Mental Comunitaria: ¿una tarea interdisciplinar?. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287.
- García, G. y Ramírez, J. (1995). *La perspectiva psicossocial en la conceptualización del apoyo social*. Madrid: Aprendizaje.
- Goffman, E. (1961/2001). *Internados*. Argentina: Amorrortu.
- Gold, P., Meisler, N., Santos, A., Keleher, J., Becker, D., Knoedler, W. et al. (2003). 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*, 10, 290-303.
- Goldman, H., Gatozzi, A. y Tanbe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22-22.
- Guinea, R. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.
- Haley, J. (1994). *Terapia no Convencional*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Hernández, M. (2005). El Tratamiento Asertivo Comunitario y los Programas de Seguimiento. En VV. AA. *Primer Congreso: La Salud Mental es cosa de todos; el Reto de la Atención Comunitaria de la Persona con Trastorno Mental Grave desde los Servicios Sociales*. Madrid: IMSERSO.
- Hernández, M. (2008). Tratamiento Asertivo Comunitario. Disponible en: [www.usal.es/~inicio/publicaciones/Hernandez-M.pdf](http://www.usal.es/~inicio/publicaciones/Hernandez-M.pdf).
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Kuras de Mahuer, S. y Resnisky, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Buenos Aires: Trieb.
- Kuras de Mahuer, S. y Resnisky, S. (2004). *Acompañantes terapéuticos: Actualización Teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kuras de Mahuer, S. y Resnisky, S. (2005). *Territorios del Acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Laing, R. D. (1974). *El Yo dividido*. México DF: FCE.
- Lewin, K. (1952). *Field Theory in social science*. New York: Harper & Row.
- Manson, F., Rossi, G., Pulice, G., Alderete, S., Dregotto, P. Frank, M. L. et al. (2002). *Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Marx, A., Test, M. y Stein, L. (1973). Extrahospital Management of Severe Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.
- McGrew, J., Bond, G., Dietzen, L. y Salyers, M. (1994). Measuring the Fidelity of Implementation of a Mental Health Program Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 670-678.
- Morago, P. (2006). Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 19, 7-23.
- Rodríguez, A. y Bravo, M. (2003). Marco General y Conceptualización. En C. Gisbert (Coord.). *Rehabilitación Psicossocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo* (pp. 17-53). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Rodríguez, A. y González, J. C. (2002). La rehabilitación psicossocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma crónica. En J. C. González y A. Rodríguez. *Rehabilitación psicossocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: pro-*

- grama básico de intervención (pp. 17-42). España: Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- Rodríguez, A. y Sobrino, T. (1997). La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. Rodríguez. (Coord.). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Rodríguez-Blázquez, C., Atienza, C. y Velásquez, R. (1998). ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2. Disponible en [www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/art_4.htm)
- Seidmann, S. y Muchnik, E. (1998). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. España: Gedisa.
- Stein, L., Barry, K., Van Dien, G., Hollingsworth, E. y Sweeney, J. (1999). Work and Social Support: A Comparison of Consumers Who Have Achieved Stability in ACT and Clubhouse Programs. *Community Mental Health Journal*, 35, 193-204.
- Stein, L., Test, M. y Marx, A. (1975). Alternative to the Hospital: A controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 517-522.
- Stein, L. y Test, M. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment: Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Szazs, T. (1973). *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*. USA.: Doubleday Anchor.
- Test, M. y Stein, L. (1976). Practical Guidelines for the Community Treatment of Markedly Impaired Patients. *Community Mental Health Journal*, 12, 72-82.
- Test, M. y Stein, L. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment: Social Cost. *Archives of General Psychiatry*, 37, 409-412.
- Weisbrod, B., Test, M. y Stein, L. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment: Economic Benefic-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- Zaldúa, G. (2000). *Construcción de redes como dispositivo*. Rosario: VII Congreso en Redes de Salud.

Manuscrito recibido: 19/11/2008

Revisión recibida: 08/05/2009

Manuscrito aceptado: 16/06/2009