

Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social

Pedro MORAGO

The Robert Gordon University, Aberdeen, UK
pmorago2000@yahoo.co.uk

Recibido: 28 noviembre 2005

Aceptado: 2 enero 2006

RESUMEN

Concebido e inicialmente desarrollado en los Estados Unidos, el Tratamiento Comunitario Asertivo (TCA) ha alcanzado notable importancia también en Canadá, Suecia y el Reino Unido, y está siendo implementado en un número creciente de países, entre ellos España. Aunque avalado por una sólida evidencia científica de efectividad, el TCA ha sido objeto de crítica por su intrusión en la esfera privada de las personas con problemas de salud mental. La literatura examinada sugiere que una relación colaborativa entre profesionales y usuarios resulta apropiada tanto para la resolución de los dilemas éticos planteados por el TCA como para la reintegración social de las personas con una enfermedad mental grave. Tales objetivos requieren la activa participación dentro de los equipos de TCA del trabajador social, profesional específicamente preparado para promover relaciones de empatía con el usuario de los servicios y para colaborar en su proceso de integración de acuerdo a un modelo biopsicosocial de enfermedad mental.

Palabras clave: tratamiento comunitario asertivo, salud mental, consideraciones éticas, modelo biopsicosocial, trabajador social.

Assertive community treatment: practice, ethical considerations and the role of social workers

ABSTRACT

Initially developed in the United States, the Assertive Community Treatment (ACT) has expanded to Canada, Sweden and the UK and is being implemented in an increasing number of countries, amongst them Spain. While supported by solid scientific evidence, ACT has also being criticised for being too intrusive into the private lives of individuals with mental health problems. Recent literature suggests that a collaborative approach may be appropriate in order to resolve the ethical dilemmas posed by ACT as well as to promote social integration of people with serious mental illness. Such objectives require the active involvement within ACT teams of social workers, professionals who possess the specific skills needed to promote empathy and integration according to a bio-psycho-social approach to mental health.

Key words: assertive community treatment, assertive outreach, mental health, ethics, bio-psycho-social model, social worker.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Concepto y orígenes del tratamiento comunitario asertivo. 3. Principios del tratamiento comunitario asertivo. 4. Eficacia del tratamiento comunitario asertivo. 5. Consideraciones éticas acerca del tratamiento comunitario asertivo. 6. El modelo biosicosocial de psiquiatría y el tratamiento comunitario asertivo: rol del trabajador social. 7. Conclusiones. 8. Referencias bibliográficas.

1. INTRODUCCIÓN

El Tratamiento Comunitario Asertivo (TCA) es una de las manifestaciones más destacadas del proceso de desinstitucionalización producido en el campo de la salud mental en las últimas décadas. Inicialmente desarrollado en los Estados Unidos, el TCA también ha alcanzado notable importancia en Canadá, Suecia y el Reino Unido y está siendo implementado en un número creciente de países, entre ellos España. El objeto del presente artículo es, en primer lugar, ofrecer una introducción al concepto y principios del TCA, así como evaluar su eficacia en el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas. El artículo, posteriormente, examina algunas de las cuestiones éticas planteadas en el proceso de implementación del TCA, y concluye señalando la importancia del rol del trabajador social en el marco de dicho modelo asistencial.

2. CONCEPTO Y ORÍGENES DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

El TCA, denominado en inglés *Assertive Community Treatment* (ACT) o *Program for Assertive Community Treatment* (PACT), es definido como un servicio de atención integral, prestado en la comunidad por un equipo multidisciplinar, para el tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas que no mantienen contacto regular con los servicios psiquiátricos ordinarios (Phillips *et al.*, 2001; Williamson, 2002).

El modelo del TCA fue concebido, en los primeros años setenta, en el Instituto de Salud Mental Mendota (Madison, Wisconsin), centro en el que había sido creada una unidad especial de evaluación de diversos tratamientos para personas con esquizofrenia crónica. Tras examinar los resultados de la evaluación, los doctores Mary Ann Test, Arnold Marx y Leonard Stein comprobaron que, entre dicho tipo de pacientes, ingresos involuntarios en el hospital para tratamiento, altas y nuevos ingresos se sucedían indefinidamente, dando lugar a la situación conocida como de *puertas giratorias* (*revolving doors*). Los investigadores afirmaron que dicho fenómeno ponía de manifiesto la inadecuación del hospital como lugar de tratamiento de las enfermedades mentales severas, y se mostraron convencidos de que las personas que sufren esta clase de enfermedades debían ser atendidas en su entorno comunitario (Stein y Santos, 1998). Test, Marx y Stein sometieron su hipótesis a prueba mediante la creación y evaluación del proyecto denominado

Grupo de Tratamiento Comunitario, específicamente diseñado para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a desarrollar una vida diaria estabilizada e integrada en la comunidad. Los resultados demostraron la eficacia del modelo: el grupo de pacientes que había recibido atención comunitaria vio significativamente reducido el número de días de hospitalización en comparación con el grupo de control (en el que los pacientes seguían recibiendo el tratamiento habitual). Es más, los participantes en el nuevo modelo no habían sido simplemente trasladados a centros asistenciales ubicados en la comunidad o a vivir con sus familias, sino que se encontraban viviendo y trabajando independientemente (Marx *et al.*, 1973). Los resultados del estudio animaron a sus autores a desarrollar proyectos a mayor escala que, finalmente, desembocaron en el *Programa para el Tratamiento Comunitario Asertivo*, un modelo asistencial notablemente desarrollado en la actualidad en los Estados Unidos, Australia, Canadá y el Reino Unido. La implementación del TCA también se está produciendo en un número creciente de países, entre ellos España, donde varios equipos han sido creados durante los últimos años (por ejemplo, en Avilés, Albacete y Sevilla).

3. PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Aunque los creadores del TCA establecieron una serie de elementos específicos del programa (Test y Stein, 1976), el modelo ha sido objeto de posteriores adaptaciones y modificaciones, por lo que existe un cierto debate acerca de cuáles son sus aspectos esenciales. No obstante, los siguientes elementos son generalmente identificados en la literatura (Bond *et al.*, 2001; Burns y Firn, 2002; Phillips *et al.*, 2001) como componentes típicos del TCA:

- *Un equipo multidisciplinar*: el TCA 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 TCA (especialmente aquéllos mejor dotados de recursos) pueden incluir psiquiatras, asistentes técnico-sanitarios, trabajadores sociales 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 TCA 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 TCA 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 TCA 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 TCA, 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.
- *Control de los síntomas*. El modelo del TCA postula que una combinación de medicación adecuada y técnicas psico-sociales 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 es 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 TCA 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.

4. EFICACIA DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

En el año 1998, un grupo de investigadores en el campo de la salud mental se reunió en Princeton (New Jersey) bajo los auspicios de la Robert Wood Johnson Foundation. En las sesiones llevadas a cabo se concluyó que los siguientes seis métodos de intervención gozan de una sólida base científica de eficacia en el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas: tratamiento comunitario asertivo (*Assertive Community Treatment*), programa para el control de la enfermedad y la recuperación (*Illness Management and Recovery*), psico-educación en el ámbito familiar (*Family Psychoeducation*), programas de orientación laboral y apoyo al empleo (*Supported Employment*), co-ocurrencia de trastornos, tratamiento integrado de trastornos duales (*Integrated Dual-Di-*

sorders Treatment) y administración adecuada de medicación (*Medication Management*) (Salyers *et al.*, 2002).

La inclusión del TCA entre las mencionadas prácticas basadas en la evidencia resulta ciertamente justificada al ser éste uno de los programas comunitarios de atención a personas con enfermedades mentales mejor documentados y evaluados. Diversos estudios de investigación muestran que el TCA reduce los niveles de hospitalización; favorece una mayor estabilidad del usuario en su domicilio; produce una moderada mejoría en la calidad de vida del usuario, especialmente en aquellos casos con síntomas más severos y con altos niveles de deterioro funcional; es rentable desde el punto de vista económico si el servicio se dirige específicamente a aquellas personas con una alta utilización de los servicios psiquiátricos hospitalarios; y genera, entre los usuarios, unos niveles de satisfacción mayores que los modelos asistenciales tradicionales (Bedell *et al.*, 2000; Bond *et al.*, 2001; Essock *et al.*, 1998; Latimer, 1999; Marshall y Creed, 2000; Marshall y Lockwood, 1998; Mueser *et al.*, 1998; Ziguras y Stuart, 2000).

Sin embargo, los mencionados estudios de investigación no determinan qué elementos del TCA, y en qué medida, contribuyen a la mejoría de los pacientes, ni si dicha mejoría se mantiene una vez que el usuario recibe el alta y deja de recibir los servicios (Mueser *et al.*, 1998). Además, y a pesar de que la evaluación de los programas de TCA muestra resultados positivos en términos generales, la eficacia del tratamiento es limitada en aspectos como la reducción de sintomatología y la integración social del usuario (Mueser *et al.*, 1998). Por último, existen grupos de pacientes que parecen no obtener ningún beneficio añadido por el hecho de recibir el TCA, como las personas con trastornos de personalidad, los usuarios procedentes del sistema de justicia criminal y aquéllos con síntomas predominantemente negativos (Burns y Firth, 2002).

Un hecho que ha provocado especial preocupación entre los promotores del TCA es la relativa falta de efectividad del modelo en el Reino Unido, donde ha sido adoptado como uno de los componentes esenciales de los servicios nacionales de salud mental (Department of Health, 1999), con más de 220 equipos de TCA creados hasta la fecha. En concreto, la significativa reducción de los niveles de hospitalización conseguida por los proyectos desarrollados en los Estados Unidos no se ha visto hasta ahora reproducida en los estudios llevados a cabo en el Reino Unido (Holloway *et al.*, 1995; Holloway y Carson, 1998; UK700 Group, 1999). Dos argumentos han sido ofrecidos para explicar dicha falta de consistencia entre resultados: de un lado, algunos autores consideran que los programas de TCA evaluados en el Reino Unido no se han adherido fielmente al modelo original (Marshall *et al.*, 1999; Marshall y Creed, 2000). Otros autores, por el contrario, sostienen que la existencia en el Reino Unido de servicios ordinarios de salud mental con componentes similares a aquéllos del TCA ha provocado que, al ser comparados ambos tipos de intervención, los resultados no hayan ofrecido diferencias estadísticamente significativas entre los mismos (Burns, 2003; Burns y Priebe, 1996, 1999; Tyrer, 2000). De hecho, el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas en su propio lugar de residen-

cia y no en el hospital es una práctica ampliamente establecida desde hace varias décadas en el Reino Unido y otros países de Europa. En el Reino Unido, por ejemplo, los técnicos sanitarios especializados en salud mental y los trabajadores sociales han venido desempeñando tradicionalmente parte de su actividad profesional en el domicilio del paciente. Asimismo, otro componente esencial del TCA, la provisión de un servicio integral de atención, tanto clínica como social, ha sido uno de los principales objetivos de los servicios ordinarios de salud mental en el Reino Unido durante los últimos quince años (Burns y Firn, 2002). Esta segunda hipótesis viene hasta un cierto punto confirmada por reciente investigación científica que concluye que la ausencia, en los estudios británicos de TCA, de las diferencias estadísticamente significativas halladas en los Estados Unidos, no puede ser atribuida por entero a la falta de fidelidad al modelo (Fiander y Burns, 2003).

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS ACERCA DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

El campo de la Psiquiatría afronta, con frecuencia, dilemas éticos de una naturaleza diferente a aquéllos que surgen en otras áreas de la Medicina. Quizás el paradigma de tales dilemas sea la cuestión de cuándo, y hasta qué extremo, deben los servicios públicos intervenir en la vida de personas con una enfermedad mental (por ejemplo, mediante la hospitalización involuntaria). Ciertamente, es doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que si una persona con una enfermedad mental se encuentra en un estado de deterioro que requiere tratamiento forzoso, dicha persona puede ser privada de libertad, siempre de acuerdo al procedimiento legalmente establecido al efecto, y durante el tiempo estrictamente necesario para el tratamiento del trastorno (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 1979). Sin embargo, dónde fijar los límites para una intervención de este género es una cuestión particularmente controvertida: preguntas tales como cuándo es el deterioro de un paciente lo suficientemente grave como para requerir internamiento obligatorio, o cuándo el estado de una persona con una enfermedad mental supone una amenaza para su propia seguridad o la seguridad de otros ciudadanos no siempre encuentran una fácil respuesta y, con frecuencia, generan amplio debate en la sociedad.

Algunas de las cuestiones éticas que afectan a la generalidad de los servicios de salud mental son particularmente complejas en el caso del TCA. Y ello debido, en gran medida, a la propia naturaleza de este método de intervención, considerablemente más intrusivo que otros tratamientos ubicados y prestados en las dependencias de los servicios de salud mental, en los que el usuario puede decidir si acudir o no a las citas, si continuar el tratamiento o dejar de recibirlo y, en definitiva, disfrutar de una relativa autonomía en el hogar y otros espacios comunitarios, lejos del control de los profesionales sanitarios (Stovall, 2001). No es de extrañar, por tanto, que el programa de TCA en los Estados Unidos haya ve-

nido encontrando una cierta oposición, especialmente desde sectores del movimiento anti-psiquiatría.

Una de las objeciones más comúnmente planteadas al TCA radica en que la irrupción de los servicios de TCA en la vida de personas con enfermedades mentales severas que no desean mantener contacto con los servicios de salud mental (y que no están legalmente obligadas a tal contacto) puede suponer una violación de la autonomía y la privacidad de dichas personas (Brown, 2002; Estroff, 1981; Fischer y Ahern, 2000; Gomory, 1999, 2001, 2002a, 2002b; Smith *et al.*, 1999; Spindel y Nugent, 2001). Es más, autores como Gomory (1999) y Spindel y Nugent (2001) sostienen que el modelo del TCA es consistente con una creciente tendencia a utilizar técnicas coercitivas en la atención de las personas con enfermedades mentales. Para dichos autores, en un contexto fuertemente influenciado por una concepción biomédica de la enfermedad mental, el TCA aparece como un mecanismo paternalista y de coerción, empleado, fundamentalmente, para la administración de psicotrópicos a los usuarios prescindiendo de la libre elección de éstos. Los autores concluyen afirmando que, dado el potencial del TCA para generar abuso en las relaciones de poder entre profesionales y usuarios de los servicios, así como dependencia en éstos últimos, el método es utilizado como instrumento de control social (en particular, a través del uso de medicación psiquiátrica) de las personas que sufren de enfermedades mentales graves (Gomory, 1999; Spindel y Nugent, 2001). Como ejemplo de ello se cita el estudio llevado a cabo por Solomon y Draine entre personas con enfermedades mentales que se encontraban en situación de libertad vigilada. En este estudio, los investigadores observaron que la proporción de individuos que retornaban a prisión era más alta entre los usuarios del TCA (60%) que entre aquéllos que estaban recibiendo los servicios ordinarios de *case management* (40%). Los autores del estudio aducen que cuando los usuarios de los servicios de TCA no cumplían con el tratamiento (especialmente la toma de medicación), los propios profesionales del equipo colaboraban con los coordinadores de los programas de libertad vigilada en la nueva encarcelación de tales usuarios (Solomon y Draine, 1995). Spindel y Nugent sostienen que los usuarios citados en este estudio habrían sido enviados a prisión no por la comisión de nuevos delitos, sino por haber desafiado el control social al que habían sido sometidos (Spindel y Nugent, 2001). Otro ejemplo de cómo el TCA podría haber sido utilizado como mecanismo de control social es proporcionado por un estudio realizado por Deci y colaboradores, quienes observaron que el 82% de los 303 equipos de TCA entrevistados administraban el dinero de los usuarios (Deci *et al.*, 1995). Spindel y Nugent señalan que esta práctica es un poderoso instrumento de control sobre la vida de las personas, y añaden que tal situación se da con relativa frecuencia en las relaciones entre profesionales y usuarios de los servicios psiquiátricos (Spindel y Nugent, 2001).

Dos de los pioneros del TCA, Stein y Test, reconocen que, en el pasado, el modelo pudo haber utilizado prácticas que eran susceptibles de prestarse a coerción. Según los autores, la mencionada administración del dinero de los usuarios permitía a los miembros del equipo amenazar a aquéllos con no entregarles el di-

nero asignado (que, por otra parte, les pertenecía) si no tomaban la medicación prescrita (Stein y Test, 1985). Más recientemente, los mismos autores comentan que sus proyectos iniciales eran abiertamente paternalistas y que asumían la idea, por entonces generalizada en el campo de la Medicina, de que los profesionales eran quienes mejor conocían cuáles eran las necesidades del paciente. De ahí que su modelo adoptase estrategias de tratamiento típicamente basadas en el punto de vista del equipo de profesionales y no en el de los usuarios de los servicios (Test y Stein, 2001). No obstante, continúan Test y Stein, la situación actual es bien distinta y, gracias fundamentalmente al papel de las asociaciones de usuarios y familiares y a la experiencia acumulada en estas tres décadas de funcionamiento, el TCA en los Estados Unidos ha evolucionado hacia un modelo más colaborativo entre profesionales y usuarios (Test y Stein, 2001). Otro promotor del TCA, Bond, señala que las acusaciones de paternalismo y coerción hacia este modelo son contrarias al sentir mayoritario de los usuarios de servicios del TCA (Bond, 2002), citando a tal efecto un estudio que muestra altos niveles de satisfacción entre los participantes en programas de este tipo (McGrew et al., 2002). Ciertamente, los resultados proporcionados por McGrew y colaboradores son consistentes con los de previos estudios de investigación llevados a cabo en los Estados Unidos, que han hallado niveles de satisfacción superiores entre los usuarios de servicios del TCA que entre aquéllos recibiendo otro tipo de servicios psiquiátricos (Bond et al., 1990, 2001; Gerber y Prince, 1999; Muijen et al., 1992; Wolf et al., 1997). En el Reino Unido, donde el modelo es generalmente conocido como *Assertive Outreach* (en español *Seguimiento Asertivo*), varios estudios realizados en los últimos años han investigado las opiniones de usuarios de este tipo de servicios en Londres (Greatley y Ford, 2002; Lee et al., 2002) y Norwich (Graley-Wetherall y Morgan, 2001). En dichos estudios los entrevistados muestran mayoritariamente una preferencia por este modelo asistencial y manifiestan que el apoyo recibido les ha ayudado no sólo a mejorar su salud mental, sino también a ser más independientes y capaces de desenvolverse en la vida cotidiana. Los participantes en los estudios, además, asocian tal mejoría a una relación terapéutica basada en el principio de elección informada y en un trato de dignidad y respeto hacia ellos por parte de los miembros de los equipos de TCA (Graley-Wetherall y Morgan, 2001; Greatley y Ford, 2002; Lee et al., 2002).

De la anterior discusión se desprende que el TCA, desde su creación, ha evolucionado (probablemente como el resto del sistema psiquiátrico) desde unos servicios como mínimo paternalistas hasta el modelo actual, más colaborativo y favorecedor de la independencia del usuario. No obstante, es preciso reconocer el potencial del TCA para ser utilizado coercitivamente (Phillips et al., 2001), por lo que el límite entre la asertividad de los servicios de TCA y el libre consentimiento de las personas a las que dichos servicios van dirigidos debería ser lo más nítido posible. A tal fin, algunos autores han manifestado la necesidad de establecer una sólida base ética sobre la cual fundamentar la provisión de servicios de TCA a personas que, aún sufriendo una enfermedad mental seria y persistente, se muestran reticentes a cumplir un tratamiento que no están legalmente obli-

gados a recibir. Por ejemplo, Stovall, utilizando el marco tradicional de los principios éticos del tratamiento clínico (autonomía de la persona, beneficencia, no maleficencia y justicia), admite que el TCA plantea, probablemente con mayor frecuencia que otros modelos asistenciales, conflictos entre los principios de beneficencia y autonomía, entre los de beneficencia y no maleficencia, y entre los de no maleficencia al individuo y a la comunidad. Dado que, en opinión del autor, la enfermedad mental puede llegar a anular la capacidad del individuo para decidir libremente, la solución de conflictos éticos en este campo de actuación pasa, fundamentalmente, por otorgar preeminencia al principio de beneficencia sobre el de autonomía, interviniendo en la vida del usuario (aun en contra de su voluntad) en aras de su propio interés y el de la comunidad (Stovall, 2001). Desde una perspectiva similar, Bond (2002) afirma que, al ayudar a los usuarios a evitar una reiterada hospitalización, el TCA les habilita para vivir más normalizadamente, lo cual incluye una mayor capacidad de decisión y elección. Williamson (2002) se muestra escéptico con el anterior planteamiento. Según el autor, la Bioética asume que cualquier persona sufriendo de una enfermedad buscará asistencia clínica a menos que esté privado de capacidad para ello, en cuyo caso el principio de beneficencia justificaría la administración de tratamiento aun sin el expreso consentimiento del paciente. Sin embargo, continúa Williamson, la aplicación de dicho principio es problemática en el campo de la Psiquiatría, donde el propio concepto de enfermedad mental es, con frecuencia, objeto de controversia. En concreto, Williamson plantea la cuestión de cómo pueden aplicarse los principios de la Bioética a las relaciones con personas (aquéllas para las que el modelo del TCA está especialmente concebido) que se han venido mostrando reacias a cualquier tipo de contacto con los servicios de salud mental y que, en numerosos casos, niegan que estén sufriendo trastorno alguno. En tales casos, y si no existen suficientes motivos legales que justifiquen un ingreso involuntario, Williamson duda de que los principios de la Bioética puedan constituir un mandato suficiente para la administración de tratamiento a dichas personas (Williamson, 2002).

Burns y Firn, si bien defendiendo la vigencia del principio de beneficencia en algunas situaciones, resaltan la necesidad de tener en cuenta los puntos de vista y preferencias de los usuarios, tanto como vehículo para el establecimiento de relaciones de confianza con los mismos, como por el hecho de que sus manifestaciones puedan estar efectivamente revelando situaciones de genuina necesidad, a veces ignoradas por los profesionales (Burns y Firn, 2002). Tal consideración no resulta tan obvia como pudiera parecer pues, de hecho, profesionales y usuarios no siempre comparten la misma perspectiva con respecto a lo que constituye mejoría en el curso de la enfermedad mental. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo por Lang y colaboradores observó una tendencia en los profesionales de la salud mental a medir la efectividad de su intervención en función de una serie de indicadores u objetivos preestablecidos por los propios profesionales, mientras que los usuarios de los servicios concedían una mayor importancia a detalles, aparentemente menores, producidos en el curso del tratamiento. Además, el

estudio halló que un número significativo de profesionales había generado unas expectativas de mejoría notablemente diferentes de aquéllas que los usuarios podían efectivamente cumplir, quizás como resultado de una valoración de necesidades realizada sin tener suficientemente en cuenta los valores y preferencias del usuario (Lang *et al.*, 1999). Para Burns y Firn, siempre que la persona no haya perdido por completo su capacidad para expresar sus puntos de vista y para tomar decisiones, una relación colaborativa y negociada resulta respetuosa con sus derechos así como terapéuticamente adecuada (Burns y Firn, 2002). Williamson coincide con tal argumento, señalando que el apoderamiento (*empowerment*) de las personas con una enfermedad mental es necesario para el desarrollo de relaciones de mutua confianza entre profesionales y usuarios de los servicios de TCA (Williamson, 2002). En una línea similar, Lakeman subraya que el TCA no sólo se refiere al tratamiento médico del trastorno mental, sino que es un modelo de asistencia y apoyo en el sentido más amplio posible, y que fomenta las habilidades de la persona para desenvolverse con normalidad en sus quehaceres cotidianos (Lakeman, 2001). Los anteriores argumentos son consistentes con una perspectiva biopsicosocial de la enfermedad mental, tal y como se refiere en la sección siguiente.

6. EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE PSIQUIATRÍA Y EL TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO: ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

La investigación científica llevada a cabo durante las últimas décadas ha permitido entender la enfermedad mental en general como el resultado de una compleja interacción de factores de tipo genético, biológico, psicológico, ambiental y social (Walker *et al.*, 2004). Esta amplia concepción de la enfermedad mental ha propiciado la emergencia del Modelo Biopsicosocial de Psiquiatría (Engel, 1980), que ha adquirido creciente importancia como alternativa holística al Modelo Biomédico, dominante en las sociedades occidentales durante una buena parte del siglo XX. El Modelo Biopsicosocial propugna que, para responder adecuadamente a las necesidades de la persona que padece una enfermedad mental, es necesario tener en consideración tanto los factores biológicos como psicológicos y sociales que concurren en dicha persona. En consecuencia, de acuerdo al Modelo Biopsicosocial no sólo psiquiatras, sino también psicólogos, trabajadores sociales, técnicos sanitarios especializados en salud mental y cuidadores comunitarios cumplen un papel fundamental en la rehabilitación de las personas con enfermedades mentales (Cohen *et al.*, 2002).

Una perspectiva biopsicosocial de la enfermedad mental fue adoptada por los creadores del TCA. Así se trasluce de algunos de los principios esenciales del modelo, tales como la disponibilidad de un servicio permanente y flexible de acuerdo a las circunstancias de cada usuario, y la existencia de un equipo multidisciplinar que presta al usuario atención integral y personalizada en su propio

entorno comunitario (Test, 1992). En efecto, el TCA asume la presencia de un equipo compuesto por profesionales de diversas disciplinas, incluida la Profesión Social. Es por ello que la siguiente cuestión que el presente artículo aborda es la del rol del trabajador social dentro del marco de un servicio asistencial con las mencionadas características.

En términos generales, se puede afirmar que la función principal del trabajador social que opera dentro de un equipo de TCA es colaborar con el usuario con el fin de que éste pueda desarrollar una vida cotidiana lo más ajustada y normalizada posible. Así, en primer lugar, es tarea específica del trabajador social identificar, valorar y tratar de remediar o atenuar los diversos factores sociales adversos que han podido contribuir a la aparición y evolución del trastorno mental que sufre la persona en cuestión, tales como discriminación, violencia doméstica, carencia de una vivienda, pobreza, desempleo o exclusión social, por citar sólo algunos. Igualmente, el trabajador social procura al usuario asistencia práctica en áreas tales como las siguientes: búsqueda de una vivienda adecuada; gestión y pago de cantidades en concepto de alquiler, préstamo, electricidad, agua, tasas municipales, etc., así como negociación de pago de posibles cantidades atrasadas; economía doméstica del usuario, promoviendo la mayor independencia posible del mismo en la administración de sus finanzas; solicitud de subsidios y de cualquier otra ayuda material que el usuario tenga derecho a recibir; búsqueda de un empleo adecuado; acceso a los servicios comunitarios, facilitando la participación del usuario en los mismos; contacto, en su caso, con los servicios de atención a la familia y protección del menor; y valoración y revisión periódica de las necesidades del usuario en todas aquellas áreas de competencia del trabajador social.

Sin embargo, el modelo ideal de TCA tal y como es concebido por sus promotores no siempre se plasma en la realidad. De hecho, numerosos equipos de TCA están operando en la práctica sin un trabajador social en su plantilla, particularmente en aquellos países, como Estados Unidos o el Reino Unido, donde el número de trabajadores sociales es insuficiente para atender las crecientes necesidades de los servicios sociales. Es más, con relativa frecuencia el único profesional cualificado dentro del equipo de TCA es un psiquiatra o un técnico sanitario especializado en Psiquiatría, quien, a su vez, es el coordinador o principal responsable del equipo. Dicha situación podría estar generando una cierta orientación de los equipos de TCA hacia perspectivas biomédicas de la enfermedad mental, tal y como sugieren los resultados del estudio llevado a cabo por Deci y colaboradores entre 303 servicios de TCA en los Estados Unidos (Deci *et al.*, 1995). En términos generales, es cierto que los profesionales de la Salud Mental son conscientes, en la actualidad, de la necesidad de alcanzar un equilibrio en el tratamiento de los diversos aspectos de la enfermedad mental. Asimismo, los asistentes o cuidadores no cualificados que trabajan en los servicios de TCA reciben, cada vez más, formación en asistencia social y en métodos psicosociales de intervención, con el fin de prestar un apoyo lo más efectivo posible al usuario en su vida cotidiana. Pero todo ello no nos debe hacer olvidar que el trabajador social es el profesional específicamente cualificado y preparado para el desempe-

ño de tales funciones, por lo que su presencia dentro de un equipo multidisciplinar como el concebido para el TCA resulta absolutamente aconsejable. Además, una alta especialización en el proceso de identificación de las necesidades individuales, familiares y sociales del usuario, teniendo en cuenta sus valores y preferencias, otorga a la Profesión Social un papel crucial en el desarrollo de un sistema ético que sirva de base para una relación de colaboración entre profesionales y usuarios de los servicios de TCA.

En consecuencia, la función propia del trabajador social en el marco de los servicios de TCA sólo debería ser asumida por otros profesionales en caso de vacante provisional, y ésta, a su vez, debería ser cubierta lo más rápidamente posible. En aquellos casos de escasez estructural de recursos humanos o materiales, es tarea de las administraciones competentes promover y facilitar el acceso de un mayor número de personas a la cualificación de trabajador social, así como de dotar a los equipos de TCA con los medios suficientes para contratar los servicios de trabajadores sociales a tiempo completo.

7. CONCLUSIONES

Aunque la creciente popularidad del TCA viene avalada por una sólida evidencia científica de eficacia, el TCA ha sido también criticado por su intrusión en la esfera privada de las personas con una enfermedad mental. Mientras que los tradicionales principios éticos del tratamiento clínico (especialmente el principio de beneficencia) han sido generalmente invocados para la solución de las cuestiones éticas planteadas por el TCA, parece dudoso que tales principios puedan proporcionar, por sí solos, una respuesta satisfactoria a este tipo de cuestiones. Por el contrario, parte de la literatura más reciente sugiere que el desarrollo de un marco ético preciso que incorpore las perspectivas de las personas con una enfermedad mental acerca de sus propias necesidades asistenciales constituiría un importante paso adelante en el proceso de resolución de dilemas éticos en este área. De hecho, la evolución del TCA durante más de tres décadas de existencia permite afirmar que las cuestiones éticas planteadas por el modelo, aunque complejas, no son insuperables.

Igualmente, un modelo de TCA colaborativo y que promueva relaciones de mutua confianza entre profesionales y usuarios resulta coherente con el objetivo de reintegración social de las personas con enfermedades mentales y tiende a reducir los casos de hospitalización involuntaria, tal y como muestran los estudios de investigación examinados en el presente artículo.

No obstante, tales objetivos requieren la presencia, dentro de los equipos de TCA, de profesionales capaces de establecer una relación de empatía con el usuario de los servicios y de ayudarlo a construir, sobre la base de sus habilidades y preferencias personales, una vida normalizada e integrada en la comunidad. Dado que la profesión específicamente cualificada y preparada para desempeñar dicha función es la de Trabajo Social, la participación del trabajador social en la

provisión de servicios de TCA resulta esencial. Por tanto, corresponde a las administraciones competentes garantizar los recursos necesarios para que cada equipo de TCA disponga de, al menos, un trabajador social en su plantilla. Sólo de este modo se podrá garantizar una asistencia integral y equilibrada, que cubra los aspectos médicos, psicológicos y sociales de la enfermedad mental, y que sea prestada por los profesionales competentes en cada disciplina.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEDELL, J.R.; COHEN, N.L., y SULLIVAN, A.
2000 «Case management: the current best practices and the next generation of innovation». *Community Mental Health Journal* 36: 179-94.
- BOND, G.R.
2002 *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness*. Disponible en: www.bhrm.org/guidelines/ACTguide.pdf (fecha de última consulta: 14 de Noviembre de 2005).
- BOND, G.R.; DRAKE, R.E.; MUESER, K.T., 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: 141-59.
- BOND, G.R.; WITHERIDGE, T.F.; DINCIN, J.; WASMER, D.; WEBB, J., y DE-GRAAF-KASER, R.
1990 «Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study». *American Journal of Community Psychology* 18(6):865-91.
- BROWN, J.D.
2002 *Principles and Models of Recovery Oriented Community Mental Health Services: Alternatives to PACT and Implications for Developing Countries*. Disponible en: www.mindfreedom.org/pdf/commbased.pdf (fecha de última consulta: 14 de Noviembre de 2005).
- BURNS, T., y FIRN, M.
2002 *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford University Press, Oxford.
- BURNS, T., y PRIEBE, S.
1996 «Mental health care systems and their characteristics: a proposal». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94: 381-5.
- BURNS, T., y PRIEBE, S.
1999 «Mental health care failure in England». *British Journal of Psychiatry* 174: 191-2.
- COHEN, A.; KLEINMAN, A., y SARACENO, B.
2002 *World Mental Health Casebook: Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries*, Kluwer Academic Press, New York.

DECI, P.A.; SANTOS, A.B.; HIOTT, D.W.; SCHOENWALD, S., y DIAS, J.K.

1995 «Dissemination of Assertive Community Treatment Programs». *Psychiatric Services* 46(7): 676-8.

DEPARTMENT OF HEALTH

1999 *A National Service Framework for Mental Health*, HMSO, London.

EENGEL, G.L.

1980 «The clinical application of the biopsychosocial model». *American Journal of Psychiatry* 137: 535-44.

ESSOCK, S.; FRISMAN, L., y KONTOS, N.

1998 «Cost-effectiveness of assertive community treatment teams». *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 179-90.

ESTROFF, S.

1981 *Making It Crazy: An Ethnographic Study of Psychiatric Clients in an American Community*, University of California Press, Berkeley.

FIANDER, M., y BURNS, T.

2003 «Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA». *The British Journal of Psychiatry* 182: 248-54.

FISCHER, D.B., y AHERN, L.

2000 «Personal Assistance in Community Existence (PACE): an alternative to PACT». *Ethical Human Sciences and Services* 2: 87-92.

GERBER, G.J., y PRINCE, P.N.

1999 «Measuring client satisfaction with assertive community treatment». *Psychiatric Services* 50: 546-50.

GOMORY, T.

1999 «Programs of Assertive Community Treatment (PACT): A Critical Review». *Ethical Human Sciences and Services* 1: 147-63.

2001 «A critique of the effectiveness of assertive community treatment». *Psychiatric Services* 52 (10): 1394.

2002a «Effectiveness of assertive community treatment». *Psychiatric Services* 53(1): 103.

2002b «The origins of Coercion in Assertive Community Treatment: A Review of Early Publications from the Special Treatment Unit of Mendota State Hospital». *Ethical Human Sciences and Services* 4(1): 3-16.

GRALEY-WETHERALL, R., y MORGAN, S.

2001 «Active Outreach. An independent service user evaluation of a model of assertive outreach practice», The Sainsbury Centre for Mental Health, London.

GREATLEY, A., y FORD, R.

2002 *Out of the Maze*, The King's Fund and the Sainsbury Centre for Mental Health, London.

HOLLOWAY, F., y CARSON, J.

1998 «Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial». *British Journal of Psychiatry* 172: 19-22.

- HOLLOWAY, F.; OLIVER, N.; COLLINS, E., y CARSON, J.
1995 «Case management: a critical review of the outcome literature». *European Psychiatry* 10: 113-28.
- LAKEMAN, R.
2001 *Getting Our Act Together. A Discussion about Assertive Community Care*. Disponible en <http://www.nq-anzcmhn.org/papers/act.htm> (fecha de última consulta: 14 de Noviembre de 2005).
- LANG, M.A.; DAVIDSON, L.; BAILEY, P., y LEVINE, M.S.
1999 «Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment». *Psychiatric Services* 50: 1331-40.
- LATIMER, E.
1999 «Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature». *Canadian Journal of Psychiatry* 44:443-54.
- LEE, J.; MCCRONE, P., y FORD, R.
2002 *Independent and Able to Cope*, The King's Fund and the Sainsbury Centre for Mental Health, London.
- MARSHALL, M.; BOND, G.; STEIN, L.I.; SHEPHERD, G.; MCGREW, J.; HOULT, J.; ROSEN, A.; HUXLEY, P.; DIAMOND, R.J.; WARNER, R.; OLSEN, M.; LATIMER, E.; GOERING, P.; CRAIG, T.K.; MEISLER, N., y TEST, M.A.
1999 «PRISM psychosis study: Design limitations, questionable conclusions». *British Journal of Psychiatry* 175: 501-3.
- MARSHALL, M., y CREED, F.
2000 «Assertive community treatment: is it the future of community care in the UK?». *International Review of Psychiatry* 12: 191-6.
- MARSHALL, M., y LOCKWOOD, A.
1998 «Assertive community treatment for people with severe mental disorders» (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2*, Update Software, Oxford.
- MARX, A.J.; TEST, M.A., y STEIN, L.L.
1973 «Extrahospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning». *Archives of General Psychiatry* 29:505-11.
- MCGREW, J.H.; WILSON, R.G., y BOND, G.R.
2002 «An exploratory study of what clients like least about assertive community treatment». *Psychiatric Services* 53(6): 761-3.
- MUESER, K.T.; BOND, G.R.; DRAKE, R.E., y RESNICK, S.G.
1998 «Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management.» *Schizophrenia Bulletin* 24: 37-74.
- MUIJEN, M.; MARKS, I.; CONNOLLY, J., y AUDINI, B.
1992 «Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial». *British Medical Journal* 304(6829): 749-54.

- PHILLIPS, S.D.; BURNS, B.J.; EDGAR, E.R.; MUESER, K.T.; LINKINS, K.W.; ROSENHECK, R.A.; DRAKE, R.E., y McDONEL HERR, E.C.
2001 «Moving assertive community treatment into standard practice.» *Psychiatric Services* 52(6): 771-9.
- SALYERS, M.P.; BOND, G.R.; WILLIAMS, J.R., y YAMAMOTO, K.
2002 *Measuring the Implementation of Evidence-Based Practices*. Disponible en: <http://nri.rdmc.org/conference/salyers.ppt> (fecha de última consulta: 14 de Noviembre de 2005).
- SMITH, M.; COLEMAN, R.; ALLOT, P. y KOBERSTEIN, J.
1999 «Assertive Outreach: A Step Backwards». *Nursing Times* 95(30): 46-7.
- SOLOMON, P., y DRAINE, J.
1995 «One Year Outcomes of a Randomized Trial of Case Management with Seriously Mentally Ill Clients Leaving Jails». *Evaluation Review* 19(3): 256-73.
- SPINDEL, P., y NUGENT, J.
2001 *The trouble with PACT: questioning the increasing use of assertive community treatment teams in community mental health*. Disponible en: <http://akmhcweb.org/Articles/pact.htm> (fecha de última consulta: 14 de Noviembre de 2005).
- STEIN, L.I., y SANTOS, A.B.
1998 *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*, Norton, New York.
- STEIN, L.I., y TEST, M.A.
1985 *The training in community living model: A decade in experience*, Jossey-Bass, San Francisco.
- STOVALL, J.
2001 «Is assertive community treatment ethical care?». *Harvard Review of Psychiatry* 9(3): 139-43.
- TEST, M.A.
1992 «Training in Community Living» en *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, R. P. Liberman, ed., pp. 153-7, Macmillan Publishing, New York.
- TEST, M.A., y STEIN, L.I.
1976 «Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients». *Community Mental Health Journal* 12: 72-82.
2001 «A Critique of the Effectiveness of Assertive Community Treatment». *Psychiatric Services* 52: 1396-7.
- TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS
1979 *Winterwerp v Netherlands*, 2 EHRR 387.
- TYRER, P.J.
2000 «Are small case-loads beautiful in severe mental illness?». *British Journal of Psychiatry* 177: 386-7.

UK700 GROUP

- 1999 «Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial». *Lancet* 353: 2185-9.

WALKER, E.; KESTLER, L.; BOLLINI, A., y HOCHMAN, K.M.

- 2004 «Schizophrenia: etiology and course». *Annual Review of Psychology* 55: 401-30.

WILLIAMSON, T.

- 2002 «Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams)». *Current Opinion in Psychiatry* 15: 543-7.

WOLFF, N.; HELMINIAK, T.W.; MORSE, G.A.; CALSYN, R.J.; KLINKENBERG, W.D., y TRUSTY, M.L.

- 1997 «Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients». *American Journal of Psychiatry* 154:341-8.

ZIGURAS, S., y STUART, G.

- 2000 «A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years». *Psychiatric Services* 51: 1410-21.