

**PONENCIA: Equipos de Apoyo Social Comunitarios (EASC): la experiencia de Madrid.**

**PONENTE: Juan Fernández Blanco. Director del centro de día de soporte social y comunitario de Alcalá de Henares.**

### **INTRODUCCIÓN**

Los EASC inician su andadura en Madrid en Diciembre de 1995. Varios hechos justificaron su diseño e implantación: la existencia de necesidades no suficientemente cubiertas, la experiencia del trabajo en los domicilios por otros recursos de rehabilitación y no contar en la red con un recurso de estas características.

Los EASC trabajan en los domicilios y en el entorno comunitario. Está previsto que atiendan a 30 personas. Tres son sus objetivos generales:

1. Ofrecer atención domiciliaria para la que las personas que padecen un trastorno mental severo puedan mantenerse en su domicilio.
2. Ofrecer apoyo e información a las familias.
3. Lograr la vinculación a recursos de la red de salud mental o a otros recursos sanitarios, sociales y comunitarios.

### **REFERENTES DE LOS EASC**

Tres son los principales referentes en los que los EASC se inspiran:

- el tratamiento asertivo-comunitario, el Supported Housing (Blanch, Carling y Ridgway, 1988)
- los sistemas de soporte comunitario (Turner y Tenhoo, 1878; Stroul, 1988)
- el Supported Housing (Blanch, Carling y Ridgway, 1988)
- y la filosofía y metodología de la Rehabilitación psicosocial (Anthony, 1979; Anthony, Cohen y Farkas, 1990).

De los estudios, investigaciones y propuestas de estos cuatro referentes se extraen las siguientes premisas:

- son más eficaces los entrenamientos, en vivo, de habilidades psicosociales necesarias para vivir en alojamientos normales y estables, que utilizar dispositivos preparatorios o de transición hacia el propio hogar

- la opción residencial idónea es una vivienda normal y estable frente a dispositivos residenciales específicos
- y las personas atendidas han de desempeñar roles comunitarios en ambientes normales (el propio domicilio), frente al rol de residente beneficiario de un recurso residencial específico.

### **PERFIL DE PERSONAS ATENDIDAS**

Estos equipos atienden a personas cuya edad está entre los 18 y los 65 años pudiendo hacer, en caso de que se estime conveniente, alguna excepción. Estas personas han de padecer un trastorno mental severo y recurrente. Han de tener importantes dificultades de vinculación a recursos de la red, o carencia de habilidades necesarias para manejarse en su domicilio. Obligadamente estarán atendidas por los servicios de salud mental, que serán quienes las deriven, e incluidas en el programa de seguimiento y continuidad de cuidados.

Estas personas, tienen importantes dificultades de vinculación a recursos de la red o carecen de las habilidades necesarias para manejarse en su domicilio.

### **PERFIL DE LOS PROFESIONALES DEL EASC**

Quienes trabajen en este recurso han de tener tolerancia al trabajo en la calle y en los domicilios. Trabajar en domicilios exige, entre otras cualidades, tener soltura, tacto, respeto y mucha prudencia. Es de valorar una actitud decidida, persuasiva y asertiva (especialmente en tareas de vinculación).

Ser ágil en la toma de decisiones ayuda en el trabajo diario. La flexibilidad quizá sea, sino la cualidad más importante, una de las más importantes debido a los contextos en los que se interviene, la variabilidad de los perfiles de los usuarios atendidos (no deteriorado, deteriorado, muy deteriorado) y los objetivos a conseguir.

Hay que evitar ajustar todos los casos a la misma rutina y al mismo proceder. Para aumentar la probabilidad de éxito hay que saber individualizar.

Están por demás los pre-juicio y las interpretaciones o valoraciones apriorísticas. El lenguaje utilizado ha de ser comprensible, facilitando que el usuario se pueda comunicar rápidamente con el profesional.

Para mantener la motivación en el trabajo, es fundamental ajustar las expectativas de logro (tan equivocado es creer que nada es posible, como lo contrario).

Las situaciones con las que se puede encontrar un profesional, en su día a día, es muy fácil que sean altamente cambiantes por eso ha de saber darles respuesta y tener capacidad de adaptarse a ellas.

Ha de evitar la sobreprotección y la excesiva o inapropiada vinculación emocional.

Todos los profesionales (especialmente psicóloga y trabajadora social) han de ser altamente competentes para coordinarse, tanto con profesionales de otros recursos, como con el resto de los profesionales del EASC.

## **EL PROCESO DE ATENCIÓN**

Desde que una persona es derivada al EASC seguirá un proceso que bien se puede estructurar en cinco momentos: acogida/vinculación, evaluación, intervención, seguimiento y alta.

Parece lógico pensar que para que los profesionales consigan que un usuario se adhiera a otros recursos o mejore sus capacidades y competencias para vivir en su domicilio han de lograr, primero, una buena vinculación con el usuario. Por esta razón, la vinculación, es la primera fase del proceso y a ella se subordinarán el resto de las fases.

Establecer y mantener una buena relación entre la persona atendida y los profesionales que la atienden es un predictor fiable de éxito. Para lograrla, lo primero que se debe hacer es tener, antes de la primera cita, la mayor información posible sobre el caso. Acto seguido conviene diseñar un plan de acercamiento extremando la prudencia para que ese primer contacto no sea fallido. En ese plan se tendrá en cuenta, desde el lugar más idóneo para verse con el usuario (su domicilio, un parque, la calle, un bar, el SSM, el CD, etc.), a la periodicidad, hora y duración de las citas, o qué profesionales, del EASC o si es oportuno también del equipo de Continuidad de Cuidados, conviene que estén presentes.

Al menos en las primeras citas está indicado conversar con el usuario de temas de su interés y agrado. Puede ser aconsejable que dichos temas sean emocionalmente neutros. Hay que estar pendiente de sus reacciones y respuestas y obrar en consecuencia. Hasta que no se vayan constatando señales de que la vinculación con los profesionales se va produciendo, es recomendable dejar que el usuario marque el ritmo de las citas: cuánto duran, nivel de intensidad y cuándo terminan.

Una vez conseguida una cierta vinculación con el usuario, comenzará la evaluación inicial. A diferencia de otras evaluaciones en rehabilitación psicosocial, ésta, deberá

ajustarse mucho al objetivo general de derivación de cada caso: vinculación, autonomía para vivir en su domicilio o ambos. Por tanto, ha de ser muy pragmática y operativa. No han de explorarse todas las áreas vitales. Tan solo aquellas que tengan que ver con el objetivo de derivación.

Finalizada la evaluación se elaborará un Plan Individualizado de Apoyo Socio-comunitario (PIASC). En él han de definirse los objetivos a conseguir y su prioridad, las estrategias de intervención para conseguirlos y los contextos de intervención (el domicilio, la calle, un recurso comunitario, un recurso de la Red de Atención Social, etc.) desde los que se van a aplicar esas estrategias.

Las intervenciones se ponen en marcha para conseguir los objetivos definidos en el PIASC. Se diseñarán en función de los resultados de la evaluación.

El trabajo ha de hacerse en equipo. Las intervenciones se ajustarán todo lo posible a las siguientes características generales: individualización, estructuración, sistematicidad y flexibilidad. El rigor técnico y la alta cualificación (saber especializado) deben presidirlas, pues las buenas intenciones y el voluntarismo no son suficientes.

Una vez concluido el proceso de intervención, si se han conseguido todos o la mayor parte de los objetivos, o al menos los más relevantes, comenzará la fase de seguimiento. Con ella se pretende verificar que los logros conseguidos no se desvanecen. También se aprovecha para reforzar el correcto funcionamiento psicosocial, progresivamente, se va haciendo que las intervenciones sean menos estructuradas y prolongadas en el tiempo. Los apoyos se van retirando y el usuario va ganando independencia respecto de los profesionales. Si fuese necesario, se harán reajustes en la intervención. De verificar en el día a día que lo que se ha conseguido se mantiene, conjuntamente con el usuario, se va preparando el alta.

El seguimiento ha de entenderse con la debida flexibilidad. Si las circunstancias lo requieren se suspenderá y se retomará la intervención. Incluso cuando el usuario haya sido dado de alta, si es necesario, podrá retomarse la atención para puntualmente solventar un problema o circunstancia adversa.

## **LA EXPERIENCIA DE MADRID**

Los EASC se han integrado bien en la red, sin embargo, en los contados casos que han formado parte de los equipos de seguimiento la experiencia no fue del todo positiva.

Han tenido una evolución y desarrollo desigual en cuanto a metodología, orientación y objetivos.

En diez años de funcionamiento no se objetivan conflictos reseñables en las intervenciones domiciliarias. Tanto los usuarios como sus familiares muestran una amplia aceptación del recurso, siendo muy escasas las situaciones en las que rechazaron la intervención.

El trabajo realizado por los EASC ha contribuido de forma notable a que se hayan podido superar situaciones de aislamiento al acercar la atención a personas que antes no llegaban a los recursos: personas aisladas en el domicilio y sin contacto frecuente con los servicios de salud mental, personas con escasa conciencia de enfermedad o que rechazan los tratamientos. Esto ha servido para prevenir situaciones de riesgo de exclusión. La actividad de estos equipos también ha servido para desvelar necesidades ocultas y apoyar su cobertura (alimentación deficitaria, pobreza, sobrecarga, problemas de seguimiento médico, etc).

En alguna ocasión, tal vez condicionados por necesidades para las que no encontraron alternativa mejor, los SSM vieron en los EASC un equipo que podía dedicarse a “llevar y traer a los usuarios” a los recursos en los que estaban citados, sin darse cuenta que tal encomienda desnaturalizaba su sentido y adulteraba un tanto su función.

Cuando la población atendida está dispersa geográficamente esto supone un reto para estos equipos. Reto que se concreta, entre otras cosas, en la mejora de las coordinaciones internas, en la organización de la agenda y en el conocimiento y adaptación del equipo técnico a realidades e idiosincrasias sociológicas distintas (urbano versus rural, ciudad grande versus pueblo pequeño, proximidad versus lejanía, existencia de recursos sociales y comunitarios versus carencia de esos recursos, etc.).

Tanto las personas atendidas como sus familiares manifestaron, en una escala tipo lickert, alta satisfacción con la intervención y el apoyo recibido. Los profesionales de otros recursos (SSM, CRPS, CD, CRL, MINI) valoraron de forma muy positiva el diseño y el funcionamiento de los EASC.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

A la luz de diez años de experiencia estas serían, en resumen, las consideraciones que parecen de mayor interés e importancia:

1. Sin una gran flexibilidad, habilidades de coordinación, resolución de problemas y tomad de decisiones con acierto y celeridad, y sin capacidad para responder lo antes posible a los requerimientos de los usuarios y la

familia, no pueden acometerse de manera eficaz los objetivos para los que han sido creados estos equipos.

2. La claridad y concreción en las funciones de cada profesional; la coherencia interna, tanto en filosofía y estilo de atención como en metodología y fundamentación técnica, es imprescindible para obtener buenos resultados y ganar en eficiencia.
3. Es obligado gestionar el tiempo con inteligencia para poder dar una atención comunitaria de calidad. De lo contrario, o no se llega a todos los domicilios, a todos los usuarios, o la atención dispensada es de mínimos.
4. Hay más que indicios de que el trabajo de los EASC genera importantes sinergias con otros recursos y servicios, optimizando su funcionalidad.
5. Al intervenir en el entorno natural de los usuarios, como poco, disminuyen los problemas de generalización y se facilita que las tareas entrenadas sean percibidas como relevantes, útiles y beneficiosas.