

EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC)

1. INTRODUCCIÓN

Los EASC son el último de los recursos que pone en funcionamiento la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, en el marco del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica. A finales de 2005 se crearon 5 EASC (Alcalá de Henares, Getafe, Usera, C. Villalba, Puente de Vallecas) con una capacidad de atención estimada en 30 plazas.

Los EASC están pensados para dar cobertura a un distrito sanitario. Funcionan con una lógica de estrecha integración, coordinación y complementariedad con los programas de continuidad de cuidados de los Servicios de salud Mental (SSM). Nacen con vocación de integrarse en la red de Salud Mental y de trabajar en red.

Sabido es que las personas con enfermedad mental grave y crónica y mayores dificultades de integración presentan un conjunto de problemáticas y necesidades que desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico, evidenciando importantes dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración normalizada en entornos sociocomunitarios y laborales. Para contribuir a dar respuesta a tales necesidades, problemáticas y dificultades, los EASC ofertan atención social domiciliaria y apoyo comunitario. Cumplir tal cometido exige no sólo trabajar en estrecha coordinación, integración y complementariedad con el programa de continuidad de cuidados del SSM, sino también con los recursos sociales específicos (CRPS, CD, CRI, Miniresidencias, etc.), con los servicios sociales generales y con otros recursos comunitarios (atención primaria, escuelas municipales de adultos, casas de la juventud, etc.).

2. DEFINICIÓN

Los EASC son recursos de atención social domiciliaria y apoyo comunitario. Pretenden facilitar el mantenimiento en su domicilio y en la comunidad a las personas que padecen enfermedades mentales crónicas y presentan mayores dificultades de integración. También intentan mejorar la vinculación de estas personas a la red de recursos de salud mental y servicios sociales. Para ello implementan prestaciones de calidad que promuevan el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario en pos de una mejor calidad de vida de los usuarios. Así mismo, apoyan la mejora de la convivencia familiar aliviando situaciones de sobrecarga de las familias. Para la realización de aquellas funciones y tareas que exijan un local, se ubican en las dependencias de otros recursos del Plan de Atención Social (CD, CRPS, etc.).

Los EASC han de configurar su quehacer desde la multiprofesionalidad y el trabajo en equipo. Los profesionales que forman parte de los EASC son: un psicólogo@direct@r, un psicólogo@, un trabajad@r social y dos educadores/as

Para evitar confusiones, dado que es un recurso de nueva creación, conviene aclarar lo que un EASC no es. Un EASC no es un Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). El SAD, además de pertenecer a los servicios sociales generales, se encarga de la limpieza de la vivienda, preparación de alimentos, higiene personal, etc. de personas que, aparte de cumplir ciertos requisitos, necesitan que se les den esas prestaciones. El EASC por el contrario, no ofrece ayuda a domicilio. Si un proceso estructurado de entrenamiento y apoyo para el desarrollo de capacidades que permitan, al usuario, mayor autonomía doméstica.

Tampoco es un equipo comunitario de rehabilitación psicosocial. El EASC no ha de llevar a cabo programas de rehabilitación integral (labor que han de hacer los CRPS) sino una rehabilitación parcial o discreta (no afecta a todas, sino a algunas áreas vitales). Lo que sí debe hacer es trabajar en coordinación con el CRPS cuando uno o varios usuarios hayan sido derivados a los dos recursos, o cuando el EASC tenga como objetivo vincular a uno o varios usuarios al CRPS. A diferencia del CRPS, el EASC centra su intervención, principal y fundamentalmente, en el domicilio y en el entorno comunitario.

Así mismo, no debe confundirse con un equipo de tratamiento asertivo comunitario. Estos equipos ofertan, en la comunidad y el domicilio, atenciones psiquiátricas y psicosociales. Cuentan obligadamente con personal sanitario y en sentido estricto no siguen, como sí siguen los EASC, una lógica de intervención en red.

3. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

Los EASC van dirigidos a personas de ambos sexos, de entre 18 y 65 años, que presenten enfermedades mentales severas o graves de curso crónico, y deterioros o dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración en recursos socio-comunitarios (en la tabla 1 se muestra el diagnóstico principal de los usuarios atendidos en el EASC de Alcalá de Henares). Se podría concretar los perfiles de derivación en tres tipos:

- 1) Personas que, evidenciando importantes necesidades de soporte social y familiar, necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio. La finalidad, prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles, en la medida de lo posible, a mantenerse en condiciones normalizadas y autónomas en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.
- 2) Personas con grandes dificultades de vinculación o seguimiento regular o continuado en la red de atención y enganche a otros recursos socio-comunitario. En estos casos, el EASC servirá de apoyo para la vinculación adecuada con el servicio de salud mental y otros recursos socio-comunitarios.
- 3) Personas que por presentar una pérdida o deterioro leve o moderado en sus capacidades y habilidades, necesitan in-

tervenciones más flexibles de apoyo social y comunitario. Estas intervenciones tendrían como objetivo prevenir que dichas capacidades se deterioren grave o severamente, elevando así la probabilidad de integración comunitaria de estas personas.

Todos los usuarios que sean derivados al EASC deberán estar siendo atendidos en los Servicios de Salud Mental. La derivación se hará desde el programa de rehabilitación y continuidad de cuidados del distrito de referencia.

4. OBJETIVOS

Los EASC trabajarán integrados en red desde una lógica de estrecha coordinación y complementariedad con todos los recursos que la componen, tratando de conseguir los siguientes objetivos generales:

- 1) Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los usuarios en su propio domicilio y en su entorno.
- 2) Evitar situaciones de marginación y abandono en el caso de personas que se encuentran en situaciones de aislamiento, con importantes dificultades para utilizar apoyos potenciales.
- 3) Apoyar la utilización de recursos normalizados.
- 4) Favorecer la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias. Se prestará especial atención a unidades de convivencia de un usuario con padres muy mayores.
- 5) Colaborar en el acompañamiento y apoyo al usuario para mejorar su vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales

5. COORDINACIONES

Para los EASC es fundamental integrarse satisfactoriamente en la red de recursos de salud mental de su distrito de referencia. Esto exige adaptarse a sus características y acomodar el equipo a su idiosincrasia. Desde el primer momento hay que lograr que los EASC sean valorados como un recurso propio del Área y útil para el Área. Como un recurso que complementa y, en cierto modo, completa la red. Como un recurso que, si funciona correctamente y en sintonía coordinada con el equipo de seguimiento, contribuirá a la rentabilización y optimización del resto de recursos de la red.

Por eso es obligado e imprescindible armonizar el trabajo en común. Conseguir lo antes posible una relación fluida y eficaz ha de ser prioritario. En Alcalá de Henares no se han escatimado ni esfuerzos ni tiempo para ir engranando un funcionamiento integrado y coordinado entre el EASC y el Equipo de Seguimiento. Poco a poco se ha logrado articular una equilibrada complementariedad en la labor que un equipo y otro realiza con los usuarios.

Semanalmente tenemos una coordinación. La dinámica establecida es la siguiente: 1º se revisan los casos que han sido derivados al EASC. Se intercambia información relevante, se informa al equipo de seguimiento de los objetivos que se están trabajando y de si esos objetivos se están cumpliendo o no. También se informa de la metodología y estrategias aplicadas para tratar de conseguirlos. En caso de que sea necesario se elaboran estrategias de intervención conjunta; 2º se presentan nue-

vas derivaciones. El equipo de seguimiento informa de las características, los objetivos de la derivación y se debate si se ajustan al perfil. En caso de acuerdo, se plantea la derivación en la comisión de derivación a recursos; se acuerda dónde darle la primera cita (SSM, calle, el domicilio) y se decide quién es el profesional (del equipo de seguimiento o de otros recursos del Plan) que va a favorecer y facilitar el contacto entre el usuario y el EASC.

Las coordinaciones con S.S.S. generales y otros recursos comunitarios (Escuela Municipal de Adultos, Centros de Atención Primaria, Servicios Sociales, Juntas de Distrito, Bolsa del Voluntariado, etc.) siempre que se detecte la necesidad, han de ser objetivo prioritario para los EASC. En ellas se da a conocer la función y sentido de estos equipos y se informa acerca de la enfermedad mental, haciendo visible la disponibilidad para colaborar. Tales coordinaciones son muy útiles dado que lo más probable es que en algunos casos, desde el EASC, haya que apoyar y favorecer la solicitud de determinadas ayudas a servicios sociales generales (ayudas económicas, reformas en el domicilio, etc.) y en otros promover el uso de recursos comunitarios (utilizar polideportivos, participar en actividades de la casa de la juventud, integrarse en asociaciones de mujeres, etc.) para mejorar la integración comunitaria de los usuarios.

Como se ve, en Alcalá de Henares no sólo se hizo un gran esfuerzo por acoplarse, adaptarse o integrarse en la idiosincrasia del distrito sanitario, sino también por incardinar la actividad del EASC en la comunidad. Desde nuestro punto de vista, una de las variables que inciden en el éxito y en la rentabilidad de los EASC es su capacidad de inclusión en el tejido comunitario.

En esta línea de trabajo integrado no pueden omitirse las coordinaciones que desde el EASC se establecen con el resto de recursos del Plan de Atención Social. A día de hoy, el EASC de Alcalá de Henares comparte usuarios con el CRPS, CD y el CRU. Tal situación motiva a establecer coordinaciones eficaces y eficientes que, sin monoscabo de los objetivos planteados, no sobrecargue al usuario con citas en demasía, procesos duplicados e intervenciones solapadas. En el caso de usuarios que estando en la miniresidencia sean derivados al EASC con el objetivo de volver a vivir en su domicilio, se realizan planificaciones conjuntas para una salida progresiva. La Mini traspasará paulatinamente la intervención al EASC. Si fuese necesario, se mantendría durante un periodo variable, una intervención conjunta y coordinada Miniresidencia-EASC.

6. INTERVENCIONES

Aspectos generales. Las intervenciones se llevan a cabo en estrecha colaboración con el Equipo de Seguimiento. Se diseñan en función de los objetivos propuestos en el Plan Individualizado de Atención que se realiza tras la evaluación funcional. El objetivo básico de esta evaluación será determinar las principales necesidades de apoyo que presenta el usuario y su familia para poder mantenerse en su propio domicilio y en su entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de funcionamiento y calidad de vida, evitando posibles situaciones de deterioro, aislamiento o marginación.

El proceso de intervención ha de ser específico, individualizado, flexible, continuado y progresivo. Ha de recorrerlo transversalmente una visión global del usuario, de su entorno, de su problemática, y de sus posibilidades. Deberá de adaptarse de continuo a las características y necesidades de los usuarios. Su contenido fundamental consistirá en ofrecer por un lado atención domiciliaria y en el entorno familiar y, por otro, apoyo co-

sienta cómodo (cafeterías, parque, etc.) ; profesionales accesibles y en disposición constante a intervenir donde el caso lo requiera; llevar a cabo o iniciar intervenciones acerca de las necesidades que el usuario demanda, aunque no sean las más prioritarias. Como la mayor parte de las intervenciones se harán en la casa del usuario, se debe poner especial cuidado en respetar su intimidad y crear un clima de interacción en el que se sienta cómodo aceptando, hasta donde convenga, su ritmo de aprendizaje y el tiempo que necesita para incorporar-se activamente al proceso de atención social domiciliaria y apoyo comunitario.

- Una vez realizada la vinculación con el EASC, se llevará a cabo una evaluación psicológica (recogiendo información de las áreas vitales que sean pertinentes para mantenerse en su domicilio, en su entorno familiar y social en las mejores condiciones posibles de calidad de vida) y una evaluación social (historia social útil para promover su progresiva integración en el entorno socio-comunitario).
- Terminada la evaluación y detectadas las necesidades, déficit y capacidades conservadas del usuario y la familia, se elaborará el Plan Individualizado de Atención. En él han de formularse objetivos operativos por orden de prioridad y los formatos desde los que intervenir para conseguirlos.
- Elaborado el Plan Individualizado de Atención (PIA) se diseñarán y ejecutarán las intervenciones necesarias en los contextos oportunos para conseguir los objetivos formulados en el PIA. Las intervenciones han de ser acciones en equipo, estructuradas y sistemáticas, dirigidas a instaurar, recuperar o reforzar hábitos, habilidades y capacidades que doten al usuario de las competencias necesarias para vivir en su domicilio e integrarse en su entorno comunitario de referencia. También se intervendrá con la familia para darle información sobre la problemática, orientarla para que la convivencia con el usuario sea más normalizada y desproblematizada, y apoyarla para "descargarla" de las responsabilidades y exigencias a las que se ve abocada por mor de la problemática que sufre su familiar.
- Cuando tras la intervención se consigan los objetivos formulados en el PIA, se realizará, con el usuario, un seguimiento para garantizar que lo logrado no se desvaneca. Concluida esta fase satisfactoriamente se le dará el alta.

CONCLUSIONES

- Los Equipos de Apoyo Social Comunitario son un recurso que pone en funcionamiento la Dirección General de Servicios So-

ciales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, en el marco del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica.

- Los Equipos de Apoyo Social Comunitario funcionan con una lógica de estrecha integración, coordinación, complementariedad con los programas de continuidad de cuidados de los Servicios de salud Mental y trabajo en red.
- Los Equipos de Apoyo Social Comunitario van dirigidos a personas con enfermedad mental crónica con mayores dificultades y necesidades de apoyo social para poder mantenerse en su domicilio o en el entorno familiar y comunitario.
- Los Equipos de Apoyo Social Comunitario promueven y cuidan la coordinación y cooperación con los SSM, con los recursos del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica, y con otros recursos sociales y comunitarios.
- Los Equipos de Apoyo Social Comunitario intentan ofrecer una óptima atención socio domiciliaria y en el propio entorno a personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Para ello organizan un servicio eficaz, de calidad, y adaptado a las necesidades y demandas de la población atendida. Deberán utilizar eficientemente los recursos disponibles, en la promoción y desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten el incremento de la calidad de vida de los usuarios en su domicilio y en el entorno. Así mismo, apoyarán la mejora de la convivencia familiar y aliviarán situaciones de sobrecarga de las familias.
- Los Equipos de Apoyo Social Comunitario trabajan en equipo, entendiendo por tal algo más que la mera adición de personas a un grupo de trabajo. La multidisciplinariedad, la participación activa de los profesionales en la dinámica del trabajo, la descentralización en la toma de decisiones y la corresponsabilidad en las tareas y obligaciones cotidianas, son principios rectores de esta fórmula de trabajo.

Juan Fernández Blanco. Psicólogo
Lourdes Rodríguez Payá. Psicóloga
Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. EASC de Alcañá de Henares - Exter (Madrid)
juan@grupoexter.com

