

ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN EN LOS EQUIPOS DE APOYO

SOCIAL Y COMUNITARIO

autores

Juan I. Fernández Blanco*, Raquel Munilla Rebollo**, Elena Calderón Sánchez**, Ama-ya Escolar Yagüe**, Gloria Navarro Gómez*, Maua Ngoma Ngoma**, Leticia Quevedo Serena**, Lourdes Rodríguez Payá*, Miriam Ruiz Catalinas*, Margarita Rullas Trincado**, Virginia Torronteras Pastor*.

resumen

Siendo como es el problema de la vinculación a recursos uno de los elementos más importantes del trabajo con personas afectadas por una enfermedad mental grave y duradera, se intentará estructurar, en este artículo, una propuesta genérica de intervención de los EASC en casos de vinculación de usuarios a recursos de salud mental, sanitarios, sociales y comunitarios. Para ello se tratará de acalorar qué se entiende por vinculación; qué facilita y qué dificulta este proceso; qué procedimiento y estrategias seguir para llevarlo a término; cómo la intervención con la familia es, por su importancia ineludible, y como hay que realizar un seguimiento que garantice que la persona ha vinculado con el recurso para entonces darle el alta en el EASC.

introducción

Nueve son los años de vida de los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). Este recurso fue diseñado por la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Forma parte de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera que dicha dirección general ha ido creando desde el año 1988.

Los EASC, por diseño técnico, han de estar necesariamente insertos en una red integrada de recursos sanitarios y psicosociales de atención al trastorno mental severo y recurrente. Recursos que se articulan de forma sinérgica y coordinada con el fin de dar respuesta a los problemas y necesidades de aquellos que sufren estas severas psicopatologías. Por eso, estos equipos han de completar, complementar, contribuir a rentabilizar y optimizar al resto de recursos y dispositivos de la red. Mención especial merecen los equipos de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental (SSM) con los que, por la lógica implícita a esta opción organizativa y metodológica de la atención en red, han de trabajar en estrecha colaboración.

Psicólogo/a-director, Psicólogo/a, Trabajador/a Social y dos educadoras/es son el personal de un EASC. Estos profesionales, desde una metodología de trabajo en equipo y constante ajuste a las particularidades y singularidades de cada caso, atenderán, apro-

ciales dificultades de adherencia a los servicios de salud mental y a otros recursos sociales y comunitarios.

2 que la red integrada de salud mental no contase con un recurso, esencialmente comunitario, especializado en intervenir



ximadamente, a 30 usuarios. Sus praxis estarán en función de los objetivos definidos a partir de los resultados de la evaluación de cada usuario atendido. Los domicilios y la comunidad (recursos comunitarios, calle, bares, parques, etc.) son sus principales contextos de intervención.

Al menos un par de hechos justificaron en su momento el diseño de estos equipos:

1 que desde la red no se ofreciesen respuestas específicas, sistemáticas y especializadas a usuarios con grandes y espe-

cializadas dificultades de adherencia a los servicios de salud mental y a otros recursos sociales y comunitarios.

Superar tales carencias históricas obligaba a estructurar el funcionamiento de este recurso de reciente creación en torno a tres ejes básicos:

1 Implementar estrategias específicas, especializadas, asertivas y proactivas de vinculación de usuarios con importantes y complejos problemas de enganche, a recursos de salud mental, sanitarios, sociales y comunitarios. Es obvio que no sólo se debe conse-

guir la vinculación a estos recursos, sino también su utilización adecuada y autónoma.

2 Intervenciones domiciliarias y apoyo socio-comunitario que habiliten en los usuarios repertorios conductuales suficientes para vivir con un desempeño autónomo y funcional en su propia casa.

3 Ofrecer apoyo, orientación e información a los familiares que vivan con el usuario. Con ello se pretende lograr una convivencia equilibrada y estable, a la vez que, en la medida de lo posible, se contribuye a reducir la sobrecarga provocada por el vivir día a día con el familiar afectado.

Por lo dicho, para que una persona pueda ser usuaria de un EASC deberá estar atendida en los SSM. Son los profesionales de estos servicios los que hacen la derivación. Los EASC no ofrecen sus prestaciones a demanda de la persona interesada o de otros servicios o recursos. Además, para poder ser derivada, la persona debe tener un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera y cumplir al menos uno de estos dos requisitos: a) presentar severas dificultades de vinculación al servicio de salud mental, o de adherencia regular y continuada a sus tratamientos, y dificultades de vinculación a otros recursos comunitarios; b) carecer de las competencias necesarias para poder vivir de forma autónoma en su domicilio.

Las coordinaciones son una de las señas de identidad más importante de estos equipos. Sobre manera deben cuidarse las coordina-

ciones con los programas de continuidad de cuidados. La sintonía entre ambos, EASC y continuidad de cuidados, “ha de permitir articular un proceso fluido, operativo, eficaz y rentable de relaciones, y siempre que sea necesario, de acciones conjuntas que tengan un claro sentido comunitario e integrador y una clara repercusión rehabilitadora y normalizadora. Esto pasa por ir poco a poco enhebrando una equilibrada complementariedad en la labor que un equipo y otro realizan” (Fernández Blanco, 2009).

Así mismo, a coordinarse con otros recursos de rehabilitación y atención psicosocial (Centros de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral y Miniresidencias) obliga, por un lado, la lógica de trabajo en red; por otro, el compartir con ellos la atención de algunos usuarios.

La tarea de coordinarse no queda agotada en los recursos de la red integrada de salud mental. Para bien cumplir su cometido, los profesionales de los EASC, no han de desdeñar la coordinación con los Servicios Sociales y con otros recursos comunitarios así como con los Centros de Atención Primaria.

Ese cometido profesional no sólo demanda, de los profesionales, capacidad para coordinarse sino también rigor y excelencia en el trabajo, máxime cuando son los EASC recursos públicos. Si las intervenciones diseñadas por estos equipos se basan en evidencias de eficacia y no en procedimientos que no tienen respaldo empírico alguno, su aportación a la recuperación y rehabilitación psicosocial de aquellos a los que atienden

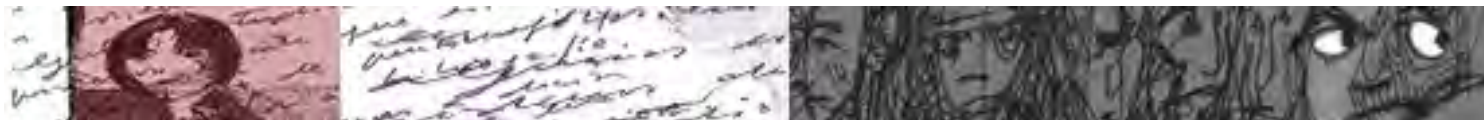
estará garantizada.

En este artículo se intentará estructurar una propuesta genérica de intervención de los EASC en casos de vinculación de usuarios con importantes y complejos problemas de enganche a recursos de salud mental, sanitarios, sociales y comunitarios.

Se opta por el problema de la vinculación no sólo por ser uno de los tres ejes en los que se estructura el funcionamiento de estos equipos. Esta opción también tiene que ver con que la reforma psiquiátrica y la atención comunitaria hacen mención a la alianza terapéutica y a la vinculación como dos elementos importantes del trabajo con personas afectadas por una enfermedad mental grave

(McIntosh et al., 2008; Rüschi & Corrigan, 2002), pero poco a la adherencia a otros tratamientos (psicoterapéuticos y rehabilitadores).

Respecto al problema de la vinculación, que es en el que se centra el artículo, bien se podría decir que, aunque ya antes hay algunos intentos de prestar atención a esta dificultad, es en los años 70, tras la reforma psiquiátrica en EEUU, cuando se comenzaron a desarrollar modelos de intervención comunitaria en salud mental. Estos modelos reivindican, como elemento central de su quehacer diario, la necesidad de que el profesional salga a, e intervenga en, la comunidad.



y duradera (Rodríguez et al, 1997). Mención que muy probablemente se justifique en la alta resistencia al tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador que un porcentaje importante de casos presenta.

A pesar de ser ésta una de las mayores dificultades que se pueden encontrar en el trabajo diario con personas afectadas por un Trastorno Mental Grave (TMG), no se han dedicado muchos estudios a investigar cuáles serían las estrategias más eficientes para que estas personas tengan adherencia a tratamientos y recursos. La bibliografía repasa algunos aspectos parciales de la adherencia al tratamiento. Se centra mucho en estudios que proponen claves para la adherencia al tratamiento farmacológico,

El modelo más investigado y probado empíricamente ha sido el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) desarrollado por Stein y Test (1980). En un principio a esta modalidad de tratamiento se la denominaba "Entrenamiento para la Vida en Comunidad" por tener como primer objetivo, la mejora del funcionamiento psicosocial. Este modelo ha ido modificando sus objetivos para hoy en día centrarse en tres metas principales: mantener a la persona con TMG en contacto con los servicios (Thornicroft, 1991), reducir los ingresos hospitalarios y mejorar los resultados en funcionamiento social y calidad de vida (Holloway, 1991).

El TAC es un modelo de intervención con personas con TMG basada en la evidencia

científica (Dixon y Goldman, 2003). Marshall & Lockwood (2008) hacen una revisión de los 75 estudios publicados en bases de datos entre el año 1980 y 1997. Concluyen que las personas que recibieron TAC, respecto a las que recibieron atención estándar en la comunidad, tenían más probabilidades de permanecer en contacto con los servicios, menos probabilidades de ser ingresadas en el hospital y en caso de serlo, los ingresos eran más cortos.

Esta forma de atender a personas con TMG ha tenido un fuerte desarrollo también en España, en ciudades como Avilés, Málaga o Sevilla (Hernández, 2008).

En el estudio hecho por Pinninti et.al. (2010) se constata cómo el utilizar técnicas cognitivo-conductuales en los equipos de TAC aumenta la eficacia de las intervenciones. Los resultados óptimos no sólo se evidencian mientras se está interviniendo sino también en un período posterior de seguimiento. Así, las mejoras se observaron en un 44% de los usuarios después del entrenamiento y hasta en un 54% en el período de seguimiento. Una de las claves de esta mejora está en la coherencia interna del equipo. Todos sus componentes están entrenados en estas técnicas.

Dieterich et. al. (2010) hacen una revisión de todos los estudios que hay publicados sobre el manejo intensivo de los casos en la comunidad y lo compara con modelos tradicionales de TAC y de gestión de casos. Encuentra que las diferencias más significativas que apoyan el éxito en este tipo de tratamientos

serían el tener menos de 20 usuarios en intervención y que estas sean de alta intensidad.

Otro de los acercamientos que se han hecho en los últimos treinta años al objetivo de la vinculación con el paciente con TMG es el Acompañamiento Terapéutico (AT). Su trabajo se centra en la relación paciente-profesional (Saiz J, 2009). El AT propone una relación no directiva que brinda apoyo en espacios públicos y privados, promoviendo la participación y autonomía de la persona afectada en la toma de decisiones acerca de su tratamiento. A diferencia del TAC, el AT no dispone de estudios suficientes que lo indiquen como una práctica sostenida en la evidencia empírica.

Si se revisan estudios sobre variables que faciliten una buena vinculación, se encuentra que los estudios publicados se centran fundamentalmente en las habilidades del terapeuta (Cormier, 1994; Corbella, 2003), dejando de lado otras igual de importantes, como variables del entorno, estrategias por fases del proceso, etc.

Para hacer una buena vinculación, profesional-usuario, no sólo son importantes las habilidades del profesional sino también sus actitudes, creencias o prejuicios que, en muchos casos, intermedian la intervención. Katakura et. al., (2009) pasan una entrevista semiestructurada a diferentes enfermeras que trabajan en atención domiciliaria con personas con TMG. En esta entrevista se pregunta sobre actitudes, creencias o prejuicios. Los autores concluyen que hay una

correlación significativa entre las actitudes previas, las ideas erróneas, las creencias o prejuicios que pueden tenerse contra esta población y el número de ingresos en el hospital por recaída en un período anterior de al menos dos años.

Pretendiendo como se pretende, en este trabajo, estructurar una propuesta genérica de intervención de los EASC en casos de vinculación conviene antes, concretar el significado de este vocablo.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR VINCULACIÓN?

Al buscar el significado más literal de vincular, con origen en el latín, se encuentran diferentes acepciones. De entre ellas cabe destacar las siguientes:

1 tr. *Atar o fundar algo en otra cosa.*

2 tr. *Perpetuar o continuar algo o el ejercicio de ello.*

3 tr. *Someter la suerte o el comportamiento de alguien o de algo a los de otra persona o cosa.*

4 tr. *Sujetar a una obligación.*

De todas estas acepciones tal vez estén más en sintonía con lo que se quiere expresar aquellas que aluden, o de algún modo hacen referencia, al vínculo. Cuando en rehabilitación psicosocial se habla de vinculación, a lo que se está refiriendo es al vínculo que se ha de establecer entre la persona atendida y el profesional, o los profesionales, que le atienden. La vinculación, por tanto, es la unión, el acuerdo, o la alianza entre los actores del proceso rehabilitador.

Poner en marcha un proceso de vinculación es tanto como desplegar toda una serie de actitudes, estrategias y técnicas, desarrolladas por el profesional, que van dirigidas a captar el interés y el compromiso del usuario con su proceso de rehabilitación. La vinculación busca favorecer una relación de confianza destinada a conseguir la complicidad del usuario en la consecución de distintos objetivos que hagan que su calidad de vida mejore.

¿QUÉ FACILITA Y QUÉ DIFICULTA UN PROCESO DE VINCULACIÓN?

La vinculación, no siempre pero sí en muchas ocasiones, es un proceso difícil de acometer. Vaya por delante el reconocimiento de que cada proceso es único y exclusivo. Que por tanto, la individualización es norma de obligado cumplimiento. Aún reconociendo también que la probabilidad de éxito depende en buena medida de la capacidad de los actores del proceso para ajustarse todo lo posible al caso con el que se está trabajando y a su idiosincrasia, se defiende, sin miedo a disparatar, lo que a continuación se va a proponer.

Por regla general, dejando a un lado las excepciones, existe todo un conjunto de variables que pueden facilitar un proceso de vinculación o, por el contrario, pueden dificultarlo. Por ejemplo, si se quiere vincular a una persona con TMG a los SSM no es indiferente que la familia sea colaboradora o sobre protectora, que la persona afectada tenga adherencia al tratamiento o no tenga con-

ciencia de enfermedad, que pueda pagarse el transporte público para ir a sus citas o que la parada del autobús quede lejos de su domicilio.

Así mismo, cómo negar que las capacidades cognitivas facilitan enormemente la adherencia a cualquier tratamiento clínico o rehabilitador. ¿Acaso no se podrá razonar mejor con, y dar instrucciones a, quien no tiene dificultades de comprensión? ¿Acaso quién es capaz de mantener selectivamente la atención no podrá centrarse mucho mejor en estímulos relevantes y de interés para lo que se pretende conseguir?

1 La red social del usuario especialmente cuando no es problemática y si densa en lazos y numerosa en componentes.

2 El trabajo en equipo lo que implica, entre otras cosas, compartir información relevante para el trabajo del EASC. El mejor vehículo para compartir información son las coordinaciones. Bien puedes ser formales (programadas), por ejemplo, revisando la consecución de los objetivos, mediante indicadores de proceso y resultado. Bien pueden ser informales (no programadas), por ejemplo, ante una situación complicada e imprevista, la educadora, a través del telé-



Además de estas, se podría apelar a otras que tienen incidencia notable como facilitadoras o entorpecedoras de cualquier proceso de vinculación. Entre las variables facilitadoras destacar:

fono, le explica la dificultad en la intervención a la psicóloga.

3 Las habilidades del profesional como:
- la flexibilidad de los terapeutas para adaptar métodos y técnicas a cada usuario en

vez de que la persona con la que se interviene sea la que se adapte a las estrategias del terapeuta

- la función de refuerzo permanente centralizada, en la mayor parte de las ocasiones, en el psicólogo como profesional que establece los primeros contactos con el usuario. Este profesional, en esta fase, reforzará de manera sistemática y continua las aproximaciones sucesivas que nos lleven a la conducta deseada

- la responsabilidad, el compromiso y la total disponibilidad que se concreta en la puntualidad en las citas, en no modificarlas salvo por causa muy justificada, en la rápida disponibilidad (a través del móvil, mediante el uso de la furgoneta, etc.) cuando el usuario solicita ayuda, información, etc.

- la congruencia entre lo que el profesional expresa al usuario y sus acciones

- la empatía. Se transmite empatía cuando se muestra un verdadero interés o deseo de comprender la problemática del usuario y la familia. Esto hará que usuarios y familiares encuentren sentido a las intervenciones que se les proponen. “...Los *profesionales han de mantener una actitud empática con el usuario, ya que su uso se relaciona con buenos resultados en terapia*” (Greenberg et. al., 1996). En concreto favorece el que el usuario perciba al profesional como alguien interesado en su persona, en sus problemas, y que intenta ponerse en su lugar para comprenderle mejor. Esta habilidad ha de utilizarse explícita y sistemáticamente, siempre que sea posible.

- no censurar, no reprobar, no corregir o dar por negativo, al menos hasta que no comience a asegurarse la vinculación, aquello que propone el usuario pese a que no esté ajustado a sus capacidades o a la realidad. En las primeras fases, en las que se está trabajando fundamentalmente el establecimiento de un vínculo con la persona, no es recomendable hacer interpretaciones sobre la información que nos aporte, confrontar la misma o dar instrucciones de manera directiva.

- la calidez que se muestra a través de un clima de atención agradable, mediante un trato cordial, en la cercanía a través del contacto físico, la postura, etc. siempre que sea valorado positivamente dado que, en ocasiones, las personas con las que se interviene muestran un claro rechazo al contacto físico y el exceso de familiaridad.

- la constancia, la perseverancia y el elevado nivel de tolerancia a la frustración. Los profesionales de los EASC tienen que conocer a la población con la que trabajan, esto supone en muchos casos que la consecución de los objetivos planteados va a ser demorada en el tiempo o va a requerir un gran esfuerzo por parte de dichos profesionales, incluso objetivos ya conseguidos van a sufrir un retroceso por descompensaciones psicopatológicas, síntomas negativos, etc. Por ello es necesario que los profesionales del EASC no se desalienten ante dichos retrocesos. Además para la instauración de hábitos es necesario que éstos sean constantes en las indicaciones y que perseveren en los entre-

namientos.

- la aceptación positiva y el respeto entendidos como la capacidad de valorar al usuario como persona merecedora de dignidad (Cormier W. y Cormier L., 1994). El respeto se transmite tratando de comprender sus recelos respecto a la eficacia del tratamiento y evitando mostrar, innecesariamente, desconsideración con las creencias y actitudes del usuario

- la actitud del profesional que facilite la producción verbal del usuario supone una disposición a recibir la comunicación proveniente del usuario y se traduce en unas conductas verbales, no verbales y paralingüísticas de escucha. Habrá que individualizar cada uno de estos componentes en función de la persona con la que se interviene. La actitud de escucha, en general, tiene que ver con establecer un contacto visual adecuado (no implica una mirada fija o inmóvil que podría resultar inquietante o artificial), dirigir la postura hacia la persona evitando rigidez o nerviosismo, emisión de señales de interés hacia lo que nos cuenta en forma de gestos de asentimiento, modulando la expresión facial acorde al contenido de la información, adecuando los elementos paralingüísticos (tono, volumen, velocidad, etc....) mediante el uso de interjecciones (“aja, hum, hum”...), etc. A nivel verbal, los profesionales pueden utilizar, si es oportuno, algunas habilidades que facilitarán la comunicación con el usuario: parafraseo, reflejos empáticos, recapitulaciones, realización de preguntas abiertas o cerradas, clarificaciones, etc.

4 El contexto de intervención ha de ser para el usuario predecible, que pueda controlar y que sea estable. Hay que intentar favorecer que los primeros contactos se realicen en entornos “seguros”, conocidos, e incluso en presencia de otra persona (familiar, enfermero, psiquiatra, etc.) con la que tenga una buena vinculación. Se busca asociar al profesional del EASC con las personas de su confianza.

5 La multidisciplinariedad.

6 La coordinación entre recursos.

Entre las variables entorpecedoras de los proceso de vinculación nombrar la rigidez de los profesionales y de sus intervenciones, la marginalidad, el estigma social, el aislamiento, la sobrecarga y desesperanza de los familiares y la desestructuración familiar.

Las variables aludidas y otras variables pertinentes, es posible ordenarlas en cuatro grandes categorías: familia, usuarios y enfermedad, entorno social y comunitario, y profesionales (ver Tabla I).

PROCEDIMIENTO Y ESTRATEGIAS A SEGUIR EN UN PROCESO DE VINCULACIÓN

DERIVACIÓN Y FASE DE EVALUACIÓN

Los usuarios acceden al EASC a través del Programa de Continuidad de Cuidados de cada C.S.M. En las coordinaciones conjuntas se presentan las nuevas derivaciones y el Equipo de Seguimiento y Continuidad de Cuidados informa de las características de la problemática que sufre la persona deriva-

da y de los objetivos a trabajar. En el caso que nos ocupa, los usuarios serían personas con enfermedad mental grave y duradera, de entre 18 y 65 años, que bien rechazan la asistencia al recuso ofertado (no inician el tratamiento), abandonan la actividad tras iniciarla (el usuario interrumpe la asistencia al recurso contra el criterio del terapeuta) o bien realizan la actividad de modo intermitente.

Hágase la salvedad de que no en todos los casos existen dificultades para que, personas que padecen una enfermedad mental, se incorporen a los recursos en los que se les ha de atender y participen, de forma voluntaria y activa, en los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos que se les pautan. También decir que el EASC no interviene en cualquier caso de vinculación a recursos. Lo hace en aquellos especialmente complicados, en los que las estrategias de enganche al uso (habituales, estandarizadas, etc.) han fallado. Es decir, la existencia de un EASC no hace innecesarios los procesos activos de vinculación del resto de los recursos de la red. Cuando estos fallan es cuando entraría el EASC a trabajar de forma específica la vinculación.

Según Castejón et al (2002), un momento clave para el desarrollo de los procesos de intervención es el de la derivación al recurso, en nuestro caso el EASC, y los primeros contactos con sus profesionales. Estos autores nos proponen una serie de pasos para disminuir hasta el mínimo los riesgos de abandono:

- 1 Detectar, cuanto antes, qué usuarios pueden negarse a mantener con nosotros la relación adecuada.
- 2 Establecer una hipótesis explicativa.
- 3 Diseñar los primeros contactos en función de esa hipótesis.
- 4 *Evaluar* los resultados de esos contactos para confirmar o modificar esa hipótesis.

Establecido y evaluado el primer contacto se determinarán cómo serán los siguientes en función de los resultados obtenidos.

Una vez los usuarios acceden al EASC, se inicia la evaluación. La evaluación es un proceso pragmático, de recogida y análisis de la información, que nos servirá de base para la elaboración de estrategias sistemáticas que nos permitan la vinculación del usuario al recurso propuesto.

Se trata de una evaluación funcional sobre los déficits, las necesidades y competencias del usuario contemplando tanto su repertorio conductual como las características de los apoyos comunitarios con los que cuenta.

La evaluación se caracteriza por ser un proceso individualizado (ya que se atiende un caso concreto), continuo (durante el transcurso de la intervención), abierto (que permita cambios y rectificaciones) y contextualizado (se realiza en el propio entorno del usuario) (Fernández J., et al 2002).

Así mismo hemos de tener en cuenta no sólo las características del usuario y la familia, sino las dificultades procedentes de la propia organización de los recursos, las proceden-

tes de las habilidades y actitudes de los profesionales, etc., es decir, todos los aspectos implicados en la atención.

Por sí el proceso de vinculación supone para el usuario cambios continuos que deben ser observados a través de evaluaciones periódicas. La presencia de nuevos datos aporta información sobre los efectos que está teniendo la intervención y permitirá al psicólogo planear nuevas estrategias con el fin de conseguir el objetivo planteado.

Los instrumentos que se utilizan para llevar a cabo la evaluación serán: la entrevista conductual (al usuario, a la familia y a personas de su entorno), la observación directa, los autorregistros, los cuestionarios y las escalas. También resultan de gran utilidad, como fuentes de información, el protocolo aportado por el equipo de continuidad de cuidados y los informes realizados en otros recursos en los que el usuario haya sido atendido con anterioridad.

Como estrategias para favorecer la vinculación del usuario en estas fases se proponen las siguientes:

1 Coordinaciones tanto con el Equipo de Seguimiento y Continuidad de Cuidados del Centro de Salud Mental como con los profesionales que puedan aportar una información útil sobre el usuario (trabajadores sociales de los Servicios Sociales (SS.SS), médico de familia, enfermeros, psiquiatra, profesionales de otros recursos de rehabilitación, etc.).

Durante las coordinaciones se procede a la recogida de información relevante sobre cómo

favorecer el proceso de vinculación, establecer objetivos de trabajo y realizar un seguimiento individualizado de cada usuario.

En las coordinaciones de derivación de usuarios al EASC, por parte del Equipo de Seguimiento y Continuidad de Cuidados del Centro de Salud Mental, se cumplimenta un anexo al protocolo de derivación (ver anexo 1) en el que se tienen en cuenta variables relativas a las características que tendrá el primer contacto: momento idóneo de presentación del psicólogo, posibles contextos donde se realizará de forma individualizada el primer contacto (en el Centro de Salud Mental, en los SS.SS con los trabajadores sociales de referencia, en una cafetería, en el domicilio, encuentros “fortuitos” en parques, en la Unidad de Hospitalización Breve, en la Mini-residencia, en el Centro de Día,...), las personas que estarán presentes con el psicólogo del EASC, el contenido y la duración de la sesión.

2 Reducción del tiempo de espera desde la derivación hasta la primera cita con el EASC, valorando el momento que probabilizará de manera más eficaz que este primer contacto sea eficaz y favorezca una adecuada vinculación.

3 Priorizar objetivos propuestos por el usuario.

Es importante que desde el inicio los usuarios sientan que participan de su proceso de recuperación. En ocasiones demandan del profesional apoyos para conseguir objetivos que desde la evaluación no se han considerado prioritarios. Por ejemplo, el CSM deriva

a un usuario con el objetivo de conseguir que retome las citas con su psiquiatra, al que no ve desde hace dos años. Sin embargo, una vez a la semana acudía a los Servicios Sociales para que la trabajadora social le proporcionara una ayuda de alimentos. Como el objetivo del usuario es conseguir esta prestación, acordamos con la trabajadora social que será en SS.SS donde realizaremos los primeros contactos con el usuario. De esta forma priorizamos el objetivo del usuario, que es recibir una ayuda de alimentos, mientras realizamos la evaluación de porqué abandonó las citas con su psiquiatra.

4 Adaptar tiempos de atención al inicio de la evaluación.

Hace referencia a la importancia de flexibilizar la duración de las citas en función de la persona a la que se está atendiendo. Se trata de no forzar el proceso de evaluación, de respetar el tempo de la persona. En ocasiones es mejor dar citas cortas y positivas que alargar las citas cuando el usuario se encuentra incómodo.

5 No duplicar innecesariamente profesionales ni del propio EASC (por ejemplo, ir psicólogo-educador; dos educadores, etc. en caso de no realizar intervenciones que exijan técnicamente la presencia de dos profesionales), ni del EASC y otros recursos.

Es probable que un amplio porcentaje de los usuarios derivados al EASC estén siendo atendidos en otros recursos de rehabilitación (usuarios en intervención en el CRPS que no vinculan con recursos normalizados por ejemplo). Para reducir la resistencia al cam-

bio de profesional, o que sean dos profesionales los que le atiendan, se deben llevar a cabo, entre los profesionales, procesos coordinados y complementarios evitando el solapamiento de las intervenciones, la ausencia de intervención sobre determinados objetivos que se entiende están siendo trabajados por el otro recurso, y posibles abandonos.

6 Mantener, siempre que se considere necesario y conveniente, las citas con los usuarios mientras están ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve con el objetivo de demostrar preocupación e interés por ellos y evitar así la falta de contacto que repercutiría negativamente en el establecimiento del vínculo.

7 Las citas se desarrollan en el entorno más cercano al usuario, lo que facilita que acuda a ellas.

Pero además, la cercanía la podemos entender, como profesionales que estamos disponibles para cualquier tipo de gestión, acompañamiento o escucha, desde el significado de apoyo a la persona.

8 Se pueden proporcionar refuerzos materiales inmediatos que alivien situaciones de precariedad.

Se hace referencia a gestión de ayudas económicas, de alimentación, arreglos domiciliarios etc., que posibiliten que el usuario valore a los profesionales del EASC como personas útiles, que median para que pueda cubrir sus necesidades básicas. Lo importante es que el usuario asocie el éxito de alguna gestión o acceso a un recurso, con nuestra



intervención. También podremos proporcionar refuerzos sociales, de ocio, etc. Es crucial individualizar los refuerzos. Esto es posible a través de la observación, preguntándole al propio usuario o a terceros (familia, profesionales,...), elaborando listados de reforzadores.

Los refuerzos se administrarán inmediatamente después de la aparición de la conducta deseada. Habrá que facilitar al usuario su discriminación (cuándo aparece y por qué) y evitar su saciación (alternando diferentes reforzadores). Durante esta fase de evaluación es preferible utilizar refuerzos de naturaleza material y social, inmediatos, artificiales (programados con antelación) y favorecer los naturales si es posible.

Ejemplo: se invita a un café a una usuaria cada vez que acude al CSM a ponerse el depot.

Ejemplo: con una usuaria derivada para la vinculación con el Centro de Día, se ha

desarrollado un programa de economía de fichas para favorecer su asistencia a los distintos grupos y atenciones.

9 Dar una explicación clara acerca de la intervención del EASC y de las características del recurso a vincular.

Se trata de proporcionar información efectiva y significativa para la persona y su entorno. Puede ser acerca de los objetivos, características, funcionamiento general y actividades del recurso al que ha sido derivado, así como los pasos de la vinculación por parte del EASC. Es conveniente utilizar, por ejemplo, evidencias científicas acerca de la relevancia de la intervención que se utiliza en nuestro recurso.

La individualización en el ajuste de la información que se le da al usuario, no a todos se les proporciona la misma información en los mismos momentos, y la adaptación del lenguaje evitando excesivos tecnicismos, son prácticas más que aconsejables.

FASE DE INTERVENCIÓN: VINCULACIÓN A OTROS RECURSOS.

La vinculación con el usuario es un trabajo sistemático que no se debe restringir tan solo a los primeros contactos, sino que ha de mantenerse a lo largo de todo el proceso de intervención.

Las técnicas utilizadas para la vinculación de los usuarios a otros recursos son las técnicas propias de modificación de conducta (Crespo López, et.a., 1998; Martin & Pear, 2006)

- Control estimular o, lo que es lo mismo, control de antecedentes que evocan la conducta problemática. Por ejemplo, si un usuario permanece durante la mañana acostado en su dormitorio, no acudiendo al CRPS, podríamos realizar un cambio en los estímulos discriminativos de esa conducta. Se trataría, primero, de acudir al domicilio para que haga la cama, ventile el dormitorio, barra y friegue el suelo, desayune, etc., todo ello con tiempo suficiente para que pueda asistir a la actividad o cita programada. Pasando, en segundo lugar, a que utilice el despertador antes de que el EASC acuda al domicilio para que realice las tareas y asista al CRPS. Por último el sonido del despertador quedaría condicionado como estímulo que discrimine la conducta de levantarse e ir al CRPS.

Si es que el usuario permanece acostado en la cama porque no duerme lo suficiente por la noche o porque se acuesta tarde, habría que modificar los hábitos de sueño (toma de medicación de la cena e irse a dormir en el

mismo horario, mantener buenas condiciones de luz y ruido, evitar ver películas con alto contenido violento antes de acostarse, hacer ejercicio moderado durante el día, etc.) para modificar el propio medio interno del usuario reduciendo la probabilidad de que se quede acostado durante el día.

Será necesario evaluar qué condiciones son las que dificultan la vinculación con el recurso: horarios, comentarios hostiles o críticos de la familia o de otras personas, monotonía, excesiva estimulación ambiental, etc.

- Disminuir la aversividad del estímulo antecedente: valga como ejemplo el que se permita elegir al usuario entre varias posibilidades si se valora que la dificultad para que se produzca la vinculación al Centro de Día tiene que ver con el número de actividades que el usuario prevé va a tener que realizar.

- Introducir estímulos que funcionen como antecedentes para la conducta alternativa. En el mismo ejemplo que se viene tratando, conseguir la vinculación de un usuario al CD, se pueden dar instrucciones concretas que favorezcan su asistencia. También se le puede instigar con recordatorios que fomenten el inicio de la respuesta (llamadas de teléfono).

- Reforzamiento positivo con el fin de favorecer la aparición y posterior mantenimiento de la respuesta y su posterior generalización. Es recomendable, en una primera fase, reforzar siempre la respuesta para pasar luego a hacerlo de manera intermitente. Si se usan reforzadores materiales (si un usuario llega

puntual al CD, podrá tomar un zumo) conviene acompañarlos de otros de tipo social (halagos, reconocimiento, etc.).

- Reforzamiento diferencial para asociar la conducta al estímulo deseado. A veces la conducta esperada, aunque presente en el repertorio conductual de la persona, no es emitida ni en el momento ni en el contexto conveniente. Se trataría de reforzar la conducta sólo cuando se da en situaciones y contextos adecuados y no en otros momentos y ante determinados estímulos discriminativos.

Ej. Un usuario tiene instaurado en su repertorio conductual asistir al Centro de Día. La dificultad radica en que acude en momentos en los que no está citado o no tiene grupos. No emitiremos ningún tipo de reforzamiento positivo en dichas situaciones dispensándolo cuando acuda a las citas y grupos programados.

- Desensibilización sistemática en vivo: se expone directa y gradualmente al usuario a los objetos o situaciones que evita. Ejemplo: el objetivo es que retome las citas con su psiquiatra de referencia, a las que dejó de ir tras un ingreso involuntario. Se trata de un usuario que tiene un depot, como parte de su tratamiento, que le administran en Atención Primaria. Planificamos una jerarquía de situaciones que progresivamente se acercan a la conducta final que es que acuda a la consulta de su psiquiatra de referencia:

1 El depot lo administra la enfermera de Atención Primaria.

2 Que el depot lo administre la enfermera del Centro de Salud Mental.

3 Que cuando acuda a la cita del depot en el CSM, pase a recoger la receta del siguiente inyectable al despacho de su psiquiatra, sin tratar otros temas.

4 Que en las siguientes citas, el psiquiatra aumente en 5 minutos cada vez el tiempo que el usuario permanezca en la consulta.

Pasamos de una situación a la siguiente cuando se ha instaurado el hábito. Se desvanece progresivamente la intervención cuando el usuario permanece el tiempo adecuado en la consulta de su psiquiatra y se mantiene el objetivo por contingencias naturales.

- Reforzamiento negativo. Consiste en la retirada del estímulo aversivo contingente e inmediata. El estímulo aversivo debe ser lo suficientemente largo para que la persona se sienta aliviada con su retirada.

Ejemplo: un usuario se siente obligado por su familia a ir al pueblo cada fin de semana. Si el objetivo es que se vincule con el Club Social, se podría plantear el pactar con la persona y su familia que si se compromete a ir a este recurso el viernes por la tarde, no le obliguen a ir al pueblo.

- Contratos de contingencias o conductuales.

Técnica que resulta muy eficaz para regular conductas, donde las consecuencias que se acuerden dependerán del cumplimiento o no del contrato (Ver Anexo 2)

- Modelado: proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo actúa como un estímulo para generar conductas en otras personas que observan la actuación del modelo.

Ejemplo: R.P. es una usuaria que no termina de mantenerse en los recursos normalizados a los que se matricula. La última vez que se apuntó a clases de gimnasia de mantenimiento ni llegó a acudir. Tras una evaluación funcional del problema, la psicóloga determina que la no asistencia tiene que ver con el miedo de R.P. a no realizar bien los ejercicios y parecer torpe. En la intervención que llevamos a cabo, la educadora realizó un modelado en el gimnasio, primero describiendo la tarea y ejercitándola mientras la usuaria la observaba, luego realizándola R.P. con autoinstrucciones en voz baja, luego con autoinstrucciones sin mover los labios. En cada paso se reforzó lo que R.P. realizaba correctamente y se volvieron a modelar los pasos que fueron necesarios. Con todo ello (modelado con autoinstrucciones, desvanecimiento, guía y refuerzo) R.P. se mantiene en la actividad de forma adecuada.

- Coste de respuesta basado en el principio de castigo negativo. Se han de retirar reforzadores (materiales) condicionados, previamente adquiridos, de forma contingente con la conducta no deseada. La retirada de reforzadores se combina con el refuerzo de una conducta alternativa a la problemática.

Ejemplo: si el usuario no acude a la cita con el CSM se le retira la asignación de los gastos de bolsillo de ese día, o no podrá acudir

a la actividad de ocio que tenía planificada con su familia esa tarde,...

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS PARA CONSEGUIR EL ENGANCHE CON LOS USUARIOS

La familia va a ser determinante, en muchos casos, en el enganche, ya que en numerosas ocasiones es el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del usuario.

Es labor del equipo lograr que las familias comprendan que los programas o intervenciones forman parte importante del tratamiento. Si ellos son capaces de valorar que su familiar requiere de la asistencia especializada, será más fácil que el usuario también la acepte.

Son varias las situaciones que pueden levantar recelos en la familia a la hora de aceptar la intervención del EASC. Veamos algunas. Cabe la posibilidad de que algunas familias teman que las intervenciones que se van a llevar a cabo puedan sobreestimar al usuario en un momento en el que se encuentra estabilizado.

En otras ocasiones, la familia considera que otros usuarios, que acuden al recurso al que se va a derivar a su familiar, están mucho peor que su familiar y la asistencia al mismo va a suponer un retroceso.

A veces temen que en el trayecto al centro el usuario pueda ser víctima de la violencia de otros o de su propia desorientación.

También hay familias que presentan dificultades en la colaboración con nosotros para evitar tensiones en el domicilio.

Lo dicho hace perentoria la necesidad de hacer una adecuada evaluación de las posibilidades de colaboración por parte de la familia. El objetivo prioritario es lograr su participación activa a lo largo del proceso de atención al usuario. Es más fácil la adherencia al EASC cuando la familia instiga a su familiar para que se implique en su rehabilitación, cuando le despierta a tiempo para que no falte o llegue tarde a una cita, cuando, si hace falta, le acompaña. Por eso, si la familia no facilita las cosas, o incluso las dificulta, será prioritario intervenir para invertir esta situación.

SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO EN EL RECURSO DE DERIVACIÓN

Una vez se haya vinculado el usuario al recurso, el EASC se irá retirando progresivamente para que sean los profesionales que en él trabajan quienes mantengan y fortalezcan la vinculación. Con este fin se llevarán a cabo las coordinaciones que sean necesarias. Por regla general la intensidad y frecuencia de las intervenciones del EASC se irán desvaneciendo poco a poco hasta dar el alta cuando la vinculación del usuario, al recurso al que ha sido derivado, sea un hecho y se halle suficientemente fortalecida.

ALTA

Es conveniente mantener coordinaciones con el recurso al que se haya vinculado el usuario y con el equipo de Continuidad de

Cuidados para asegurar que dicho engage se mantiene en el tiempo.

En caso de problemas en la vinculación, una vez se haya retirado el EASC, si se estima necesario se retomará la intervención hasta que, nuevamente, el usuario se vincule al recurso.

anexos

Para ver los documentos anexos a este artículo pinche [aquí](#).

bibliografía

- 1 Castejón M.A., Cristina R. y Fernández M.V. (1997) "*Motivar en rehabilitación*". En Rodríguez A. (coord.) "Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos". Madrid. Ed: Psicología Pirámide. pp: 124-141.
- 2 Corbella, S. Botella, L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 2003, vol. 19, nº 2, 205-221.
- 3 Cormier W. y Cormier L. (1994) "*Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*" Ed. Desclée de Brouwer
- 4 Crespo López, M., Larroy García, C. (1998) "Técnicas de modificación de conducta: Guía práctica y ejercicios". Ed. Dyckinson.
- 5 Dieterich, M., Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Rev.* 2010 oct 6;10

- 6 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.
- 7 Fernández J., Cañamares J. y Otero V. (2002) “Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial”. En Rodríguez A. (coord.) “Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos”. Madrid. Ed: Psicología Pirámide. pp.: 103-123.
- 8 Fernández Blanco, J. (2009). *Los Equipos de Apoyo Social Comunitario. Una experiencia de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica*. Políticas Sociales en Europa, 25 y 26, 69-81.
- 9 Grewal, PS, Cowan, C., Assertive Community treatment teams. *British Journal Psychiatry*, 2010 Jan; 196(1);78
- 10 Hernández, M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más ? publicado en “ Rivas F. La psicosis en la comunidad. AEN. Madrid 2000; pag. 131-190)”
- 11 Holloway, F. (1991). Case management for the mentally ill: looking at the evidence. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 2-13.
- 12 Katakura N, Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K. Home-visit nurses, attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal Mental Health Nurse*. 2010 April;19 (29):102-109
- 13 Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 14 Martín, G., Pear, J. 2006 “Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla”. 5ª edición. Ed.: Pearson Prentice Hall.
- 15 McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Tratamiento de cumplimiento para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 16 Pinninti NR, Fisher J, Thompson K, Steer R. Feability and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*. 2010 August;46 (4):337-41.
- 17 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 Rodríguez A. (coord.) “Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos” Madrid. Ed.: Psicología Pirámide, pp: 56-84.

18 Rüsç N, Corrigan PW. Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26(1):23-32.

19 Sáiz Galdós, J y Chévez Mandelstein, A. La intervención Socio-Comunitaria en sujetos con TMGyC: Modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervención Psicosocial*. Vol. 18, nº 1, 2009. pp 75-88.

20 Stein LI and Test.MA. Alternative to mental hospital treatment. *Archives of General Psychiatry*. Vol 37, número 4, april 1980.

21 Thornicroft, 1991 Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *The British Journal of Psychiatry* 158: 475-484 (1991)

*Profesionales EACS Alcalá de Henares. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Comunidad de Madrid. Concierto con Grupo Exter, S.A.

**Profesionales EASC Coslada-San Fernando. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Comunidad de Madrid. Concierto con Grupo Exter, S.A.

Contacto: Juan I. Fernández Blanco. E-mail: juan@grupoexter.com

[Sumario](#)

