

LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

FUNCTIONS OF THE SOCIAL WORKER ON SOCIAL-COMMUNITY SUPPORT TEAMS IN THE AREA OF MENTAL HEALTH

Raquel V. Munilla Rebollo (1)
Juana Mancebo Muñoz (2)
M^a Ángeles Caneiro Villayndre (3)
Luna Nieto Acero (4)
Rubén Titos Rodríguez (5)
Daniel Subirats Matías (6)
Ignacio Paniagua Guijarro (7)

(1) *Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) Coslada- San Fernando. Grupo Exter* (2) *EASC de Moratalaz* (3) *EASC "San Blas". Fundación Manantial* (4) *EASC Arganda (Urbano)* (5) *EASC Móstoles Grupo Exter* (6) *EASC Alcobendas* (7) *EASC Villa de Vallecas Grupo Exter*.

Resumen: Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) son un recurso joven de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Sus principales características son la interdisciplinariedad del equipo, y que se interviene en el entorno más cercano del usuario. Para poder explicar mejor el recurso y el papel del trabajador social en ellos, hemos realizado este artículo.

Palabras Clave: Vinculación, Salud Mental, Trabajo en Red, Acompañamiento Social, Coordinación.

Abstract: The Social-Community Support Teams are a fairly new resource of the Public System of Social Assistance to Persons with Serious and Chronic Mental Illness. They are characterized by comprising professionals from different disciplines and by working in the user's immediate surroundings. This article explains how this resource functions and the role of the social worker in the teams.

Key Words: Connection, Mental Health, Working in Partnership, Social Support, Coordination.

| Recibido: 14.02.2012 | Revisado: 17.06.2012 | Aceptado: 01.07.2012 | Publicado: 01.09.2012 |

Correspondencia: Raquel V. Munilla Rebollo. Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) Coslada- San Fernando. Grupo Exter. C/ Jardín, 28. 28030 Madrid. Tlf. 91 673 44 70. Email. rmunilla@grupoexter.com. Página web <http://www.grupoexter.com>

1. INTRODUCCIÓN

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) son uno de los recursos que componen la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales que funcionan desde el año 2005.

Estos equipos funcionan de un modo integrado y coordinado con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los servicios de salud mental, única vía de acceso. Permiten ofrecer atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave y duradera con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno social y comunitario.

En La Ley General de Sanidad 14/1986, en su Título en el Capítulo Tercero, donde se habla de la *Salud Mental*, su artículo 20 alude a la plena "(...) integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales (...)".

El Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, incluye como novedad una serie de recursos integrados en la red de atención psiquiátrica y salud mental de Madrid. Previamente a la creación de este plan, en los programas que se definen en el año 1989 ya aluden a la *atención domiciliaria* y comprenden y regulan las actividades que proporcionan (evaluación y eventualmente tratamiento) a aquellos pacientes que por circunstancias especiales no pueden ser atendidos, en determinados momentos, ni en el centro ni en otros dispositivos sanitarios. Además, hablan de la *Rehabilitación y Reinserción Social* como un conjunto de actividades terapéuticas que posibilitan la *recuperación de las facultades personales, sociales y relacionales* necesarias para que el enfermo crónico pueda mantenerse adecuadamente en su entorno social con un funcionamiento lo más normalizado posible.

Esto supone un paso muy importante para la creación de los EASC en el año 2003 con la elaboración del *Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*, denominado actualmente *Red Pública de Recursos para Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera* de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

El nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 comprende, entre otras medidas, la integración de la asistencia de la Salud Mental con las demás especialidades sanitarias, luchando contra el estigma asociado a esta enfermedad.

2. NIVELES DE INTERVENCIÓN

El Trabajo Social Comunitario es un proceso, cuyo fin es desarrollar y fomentar las capacidades de todos los miembros de la comunidad en la que se interviene, a través de la participación activa de sus habitantes, con el fin de que la comunidad mejore su nivel y calidad de vida.

Las personas con trastorno mental grave y duradero forman parte de la comunidad, nuestro trabajo desde los EASC, es darles voz, hacerles visibles y que como miembros de dicha comunidad asuman

los derechos y deberes que les corresponden como agentes activos. Para ello trabajaremos desde dos vertientes:

1. Con las personas que padecen una enfermedad mental grave y duradera, como por ejemplo las esquizofrenias y trastornos psicóticos, y pueden necesitar algún apoyo para integrarse y participar en comunidad.
2. Con la población general que, desde el desconocimiento que se tiene de la enfermedad mental, puede excluir y discriminar a estas personas. Nuestro fin es contribuir a disminuir y desmitificar esto.

El trabajador social en este tipo de intervención asume un rol de agente de cambio que interviene en una realidad compleja y dinámica, ayudando como profesional a la consecución del bienestar social de la población, estableciendo una relación de ayuda que provoque la autonomía individual y social, con el fin de que los miembros de la comunidad hagan frente a sus problemas y se impliquen en este proceso.

Es por tanto obvio, desde este punto de vista, que no se puede hacer intervención individual, sin tener en cuenta la dimensión colectiva y viceversa. Desde este aspecto, la intervención puede darse de dos maneras:

- a. Situando la persona en los diferentes grupos a los que pertenece (familia, vecinos...) y a su vez en su entorno o contexto social particular (barrio).
- b. En el contexto social, esto es, la situación que presenta la persona y/o familia en un lugar determinado.

Para la consecución de una intervención satisfactoria, es conveniente que el trabajador social conozca y tenga en cuenta todo lo relacionado con el contexto donde se desarrollará el trabajo: zona geográfica, sentimiento de pertenencia, cultural, intereses y objetivos, recursos. Es por tanto primordial trabajar con, en y para la comunidad, encaminando la intervención a desarrollar las capacidades y recursos de la comunidad en la que se intervenga con el fin de cubrir las necesidades de esa población, quienes han de ser partícipes del proceso de mejora.

Teniendo todo lo anterior en cuenta, podemos decir que, a la hora de establecer los diversos niveles de intervención desde los EASC, el trabajador social distingue entre tres modos de intervención:

1.- Intervención comunitaria. Podemos hablar desde el modelo ecosistémico y la capacidad del ser humano para interaccionar con sus ambientes más o menos cercanos, dando lugar, a partir de las interconexiones entre los diferentes sistemas, a las redes sociales, siendo cada persona un componente más del sistema que influye en el desarrollo y ambiente de los que forma parte.

Desde la intervención comunitaria, se hace oportuno el desarrollo de programas y proyectos en la comunidad destinados a luchar contra el estigma de las personas con enfermedad mental, transmitiendo una imagen e información acertada para prevenir la discriminación y la marginación. La construcción de espacios dentro de la comunidad donde las personas con enfermedad mental por sí solas o a través de sus representantes puedan plantear sus interrogantes, demandas y necesidades y puedan hacer escuchar aquellas que tengan que exponer como colectivo.

Por tanto, desde el trabajo social comunitario, se estará en permanente coordinación con todos los recursos tanto normalizados como especializados de la zona en la que intervenimos, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

2.- Intervención grupal. Como ya hemos señalado anteriormente, las personas con enfermedad mental forman parte de la comunidad, y eso implica participar en diferentes tipos de grupos (familia, amigos, vecinos, etc.). Se fomenta la participación e integración de las personas con enfermedad mental en grupos donde sientan que forman parte, funcionen de forma autónoma y actúen al margen de la intervención profesional. Estos grupos pueden estar ya previamente formados en otros recursos o nacer de forma puntual en los EASC, aunque en su diseño técnico no se contemple.

3.- Intervención individual. Nuestra experiencia nos confirma y demuestra diariamente que la principal herramienta de trabajo de la que disponemos los profesionales de los EASC es la relación basada en el vínculo. Desde los EASC, el vínculo se trabaja y damos forma poco a poco, nace de la relación profesional y como esta relación va evolucionando, para establecer un buen vínculo, algo que debemos cuidar son esos primeros encuentros, donde debemos procurar que la persona se encuentre lo más cómoda posible, darle espacio y libertad para que hable y exprese lo que quiera, ir aclarando sus dudas sobre lo que es el recurso y para qué le puede servir, no insistir con las preguntas, respetar los tiempos ya que cada persona tiene su ritmo. La persona nos debe ver como profesionales accesibles y en los que puede confiar, por lo que debemos ser cuidadosos y llevar a cabo una intervención exenta de juicios y con unos objetivos claros de intervención.

Este conocimiento poco a poco, está unido a lo que conocemos como el modelo de análisis de necesidades, este análisis hace hincapié en la importancia de identificar las necesidades del usuario/a. Algunas de estas necesidades ya han sido identificadas por la persona que atendemos y simplemente nos pedirá apoyo. Sin embargo, otras necesidades, las detectaremos nosotros según si son prioritarias o urgentes, será nuestra función hacérselas ver y que la persona las identifique.

La tarea siguiente será elaborar un plan de acción para responder a estas necesidades. En el plano individual muchas de las necesidades detectadas van dirigidas a trabajar la autonomía personal y los autocuidados. Por lo tanto, la intervención individual fuera del domicilio... pondría punto seguido, no aparte.

La intervención individual fuera del domicilio se centra en apoyar a la persona en su relación con los demás y con el entorno del que forma parte. Como profesionales, no perderemos de vista que lo que se pretende con nuestra intervención es: mantener a la persona en el domicilio (viva sola o acompañada); favorecer unas buenas condiciones de vida; cubrir necesidades básicas; prevenir situaciones de marginación o institucionalización; fomentar su autonomía; coordinación con otros recursos; promover una búsqueda de apoyos y/o recursos específicos; mantener al usuario en su entorno, evitando situaciones de marginación o de institucionalización, y de la forma más autónoma posible.

Por otro lado, las familias se han convertido en el soporte esencial de los usuarios ya que se trata de sus principales cuidadores. En la Comunidad de Madrid, nos encontramos que el 70% de las personas con enfermedad mental grave y duradera, vive con sus padres y un 16% con algún familiar (Ruiz Jiménez y cols., 2008).

La intervención familiar, irá dirigida a aliviar la sobrecarga; mejorar la convivencia si fuera necesario; informar acerca de la enfermedad y el tratamiento; informar sobre trámites, gestiones, acompañar en el proceso, etc. En caso preciso; facilitar el contacto con asociaciones de familiares; apoyar a comprender y manejar situaciones complejas y/o conflictivas; informar de las opciones que tienen para abordar los problemas legales con su familiar si los tuviera; detectar en qué necesitan apoyos y para qué aspectos. Hacer una buena intervención familiar puede contribuir decididamente a reducir el riesgo de recaídas del usuario y favorecer su recuperación.

3. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS EASC

En Trabajo Social, las funciones son las tareas o actividades específicas que el trabajador social desempeña en la sociedad para alcanzar determinados objetivos profesionales y que, por tanto, son de su competencia.

Son numerosas las clasificaciones de funciones del Trabajo Social que se pueden encontrar en la literatura, queremos destacar como ejemplo la de Jorge Torres Díaz (1987). El autor cita como funciones del Trabajo Social las siguientes: "(...) *proveedora, rehabilitadora, correctiva, curativa o reparadora, asistencial, de protección social, preventiva, promocional, educativa, administrativa, planificadora, organizadora, investigadora, evaluadora de servicios, concienciadora, politizadora, movilizadora, diseñadora de políticas sociales, creadora y socializadora (...)*".

Los matices que a cada función le son atribuidas dependen de los marcos de actuación y/o intervención del Trabajo Social, pudiendo distinguir acciones profesionales que van desde los niveles microsocial (centrada en lo individual y lo grupal) a lo macrosocial (centrada en lo comunitario).

El objetivo del Trabajo Social no es otro que dar asistencia y cobertura a la necesidad evaluada a través de recursos propios y externos, estudiar la causa y el proceso que dio lugar a la necesidad, para posteriormente ofrecer las pautas oportunas que traten de evitar y prevenir que esta surja de nuevo, dotando al individuo, grupo o comunidad de las herramientas necesarias para potenciar o adquirir las capacidades para el desarrollo de su plena autonomía.

Es importante destacar que las funciones del trabajador social en los EASC se desarrollan en un contexto de trabajo en equipo, en el que las funciones que llevan a cabo se complementan con las del psicólogo y el educador.

Una vez definido este marco general, pasaremos a analizar las funciones marcadas para el desarrollo del Trabajo Social en los EASC por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Bloque I: La evaluación del usuario y sus necesidades:

- *"Evaluación, en coordinación con el psicólogo y en su caso con los SS. SS. generales de zona, de los aspectos sociales, familiares y económicos de los usuarios.*
- *Apoyo y colaboración en las tareas de tutorización de los usuarios".*

La evaluación es “(...) *la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de unos criterios (indicadores) respecto a un conjunto de normas (...)*” (Michael Scriven, 1967). El trabajador social del EASC centra su atención en los aspectos sociales, familiares y económicos del usuario. El estudio de estos conceptos pasa por un proceso de análisis, donde toda la información recogida a través de las diferentes fuentes se estudia contextualizándola en el tiempo y en la persona objeto de estudio.

Son los indicadores de evaluación los que guiarán la observación, la indagación y la reflexión sobre el caso objeto de estudio. Lo que se pretende no es más que un completo conocimiento de una realidad compleja y sobre la que queremos incidir tanto en el plano individual como en el comunitario.

El resultado de este proceso de análisis se concreta en la *valoración diagnóstica*, que nace de la detección previa de las necesidades, y se sistematiza en la elaboración de objetivos operativos.

A la hora de realizar la evaluación debemos tener en cuenta varios elementos, como son *el contexto* en el que la realizamos (domicilio del usuario, barrio...), *limitación temporal* para establecer los primeros objetivos de intervención, *el ritmo del usuario*, *la importancia de la vinculación entre usuario y EASC*, etc. Tener en cuenta estos elementos es muy importante de cara a realizar una evaluación de calidad y ajustada a la realidad de la persona.

Bloque II: La coordinación:

- *“Coordinación con los servicios generales de la zona.*
- *Colaboración en el contacto, formación y utilización de otros recursos comunitarios”.*

Uno de los principales objetivos del EASC es la integración comunitaria de la persona, para lo que es imprescindible la relación con el resto de recursos, formales e informales de la zona en la que trabajamos. Esta es una de las funciones que corresponde en mayor medida a los profesionales del Trabajo Social.

Si pretendemos realizar una intervención de calidad y en la que el verdadero centro sea la persona a la que atendemos, no podemos pretender hacerla de manera aislada del resto de su entorno ni de los recursos que en muchos casos ya la están atendiendo.

La coordinación del EASC se apoya en tres grandes pilares: Centro de Salud Mental (CSM), Servicios Sociales (SS. SS.) y resto de recursos comunitarios.

CSM. Se mantiene una coordinación periódica y fluida, en concreto con el Programa de Continuidad de Cuidados, ya que es la única vía de derivación de los usuarios al EASC. Las reuniones de coordinación podríamos clasificarlas en dos tipos según sea su finalidad: *derivación de casos nuevos*, donde se explican las características, se marcan los objetivos con los que trabajar, así como la estrategia de enganche, etc.; y *seguimiento de los casos en intervención*. Estas reuniones tienen una periodicidad establecida. También se mantiene una coordinación “informal” de carácter individual, y que tiene que ver con los aspectos más concretos de la intervención.

Servicios Sociales (SS. SS). La relación del EASC con SS. SS. municipales debe estar marcada además de por la coordinación, por la complementariedad y la colaboración. Son un recurso fundamental para la información y orientación de derechos y prestaciones, así como de los procesos de intervención social que se lleven a cabo con los usuarios.

Otros recursos comunitarios. Es importante conocer el entramado de recursos de la zona en la que trabajamos para poder desarrollar un trabajo en red. Pudiendo acercar los recursos a la persona y viceversa, además de poder apoyar si fuera necesario el acceso y el mantenimiento en la actividad. Los recursos los podemos clasificar en categorías como recursos formativos, laborales, sanitarios, ocio y tiempo libre, del ámbito legal, entidades de acción social, vivienda, etc.

La coordinación supone un esfuerzo añadido al trabajo diario pero con innumerables beneficios. En el artículo 47 del Código Deontológico del Trabajador Social, se establece que *"(...) en el caso de que se produzca la intervención de más de un diplomado en trabajo social/asistente social u otro profesional, el diplomado en trabajo social/asistente social debe tratar de que se realice conjuntamente el análisis y el plan de intervención (...)".*

Como beneficios de la coordinación se podría hablar de:

- Complementariedad en la intervención. Se trata de desarrollar una atención integral con la persona, como se pone de manifiesto en la Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Las causas de las necesidades sociales son multifactoriales, por ello es preciso la visión y el trabajo de diversas disciplinas para lograr el bienestar general de la persona. Los recursos tienen unas capacidades limitadas de acción, por ello es imprescindible conocer el trabajo llevado a cabo, las prestaciones y servicios de cada uno de ellos que han intervenido o intervienen en el caso.
- Economizar los recursos. Si conocemos el papel que juega cada recurso en una intervención, evitaremos trabajar los mismos aspectos desde varios frentes, pudiendo distribuir y clarificar los objetivos con los que trabajar para que sea mucho más operativo tanto para el usuario como para el profesional.
- Intercambio de información entre recursos. Es fundamental recoger el máximo posible de información de los distintos recursos en los que la persona se encuentre en intervención o haya estado, revisarla y cumplimentar nuestra historia, ficha o soporte que elijamos, y comprobar qué preguntas tenemos que realizar para completar las lagunas que podamos encontrar. También habrá que comprobar ciertos datos pero siempre que sean imprescindibles para la intervención y valoración del estado de la persona.

Durante la coordinación con otros recursos no podemos olvidarnos de aspectos fundamentales en el manejo de la información de los usuarios, como son la Ley de Protección de Datos y el secreto profesional recogido en el Artículo 48 del Código Deontológico: *"(...) se debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan solo a elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional (...)".* Tampoco podemos olvidarnos del manejo de la información con respeto y confidencialidad.

Si la coordinación con agentes sociales exteriores es básica para una intervención global e integral, no lo es menos dentro del propio EASC. Las coordinaciones dentro de los equipos de trabajo suponen un

nuevo esfuerzo añadido de tiempo y preparación. Son imprescindibles para establecer los objetivos de trabajo con los usuarios, la revisión de estos, las estrategias que hay que seguir, así como la organización de las agendas profesionales para evitar duplicidades y economizar el tiempo.

El objetivo principal de este tipo de coordinaciones es lograr el máximo desarrollo del *trabajo en equipo* que se lleva a cabo en los EASC, permitiendo que el resultado final sea más que las aportaciones individuales de cada uno de los profesionales. Llegar a esto pasa por mantener una comunicación eficaz entre los integrantes del equipo, compartir la información sobre las personas atendidas, desarrollar líneas conjuntas de actuación que permitan alcanzar los objetivos de intervención, repartir las tareas en función de qué profesional es el más adecuado para el desarrollo de las mismas y generar espacios de reflexión y análisis. Esta forma de trabajo se fundamenta en el modelo ecológico, así como interdisciplinar.

Bloque III: Ejecución-Intervención:

- *“Colaboración y apoyo en el desarrollo del proceso de mejora de la autonomía e integración social y en las actividades de atención domiciliaria y apoyo social comunitario. Así como en las tareas de información, psicoeducación y apoyo a las familias.*
- *Colaboración, coordinación y apoyo en los procesos de acompañamiento, seguimiento y apoyo comunitario”.*

Estas son las funciones que marcan el grueso del trabajo que realizamos con la persona, tanto en el tiempo que nos ocupan como en la importancia que tienen. La base de nuestro trabajo se enmarca en lo que se llama Acompañamiento Social.

Al igual que hemos planteado que como equipo de trabajo nuestra evaluación no puede desligarse de una visión global de la evaluación por parte del resto de miembros del equipo en el que nos integramos, tampoco en la intervención podemos realizar una separación total entre los diferentes campos profesionales.

En la intervención y el acompañamiento psicosocial debemos tener en cuenta el cruce de lo social y lo psicológico a la hora de trabajar con la persona y su entorno, no entendiéndolo como una mera suma de dos visiones sino como el resultado de la interacción de ambas.

Se puede decir que la *intervención o acompañamiento psicosocial* se caracteriza por tener un componente mediador entre el individuo y el sistema: por fomentar la participación activa de la persona en todo el proceso, por poner el énfasis en los recursos personales y comunitarios, y por tener en cuenta la perspectiva ecológica y contextual de la persona.

Se concibe a la persona como sujeto de derechos y deberes, con capacidades y potencialidades para mejorar la situación vital en que se encuentra. Se trata de hacer a la persona protagonista de su proceso de cambio y/o mejora. Los profesionales por tanto, somos un elemento de apoyo para conseguir que la persona avance en ese proceso, poniendo el énfasis en ella y en que asuma la dirección de su vida. Esto tiene mucho que ver con el concepto de *tendencia actualizante* que propuso C. Rogers (1961) o la *teoría de las necesidades* expuesta por Maslow (1943).

Debemos centrar nuestra intervención en positivo, en lo que “uno es” no en lo negativo “lo que uno no tiene”. Esta idea, que parece muy simple, no es siempre la que guía el trabajo que se realiza con estas personas ni con sus familias, realizándose intervenciones por parte de los profesionales más centrados en suplantar a la persona en la toma de decisiones, que en buscar esa autonomía.

Es importante la capacidad de los profesionales de empatizar, ya que si no es desde ahí no podremos proponer cambios que puedan ser asumidos por el usuario. Debemos tener en cuenta conceptos como *relación de ayuda* dentro del trabajo que llevamos a cabo, buscando una visión global y de la persona. El concepto de *red social* juega un papel importante en el acompañamiento, ya que es el elemento estructural en el que se desarrolla el apoyo social. Carlos E. Sluzki en su obra *La red social: frontera de la práctica sistémica* (1996), refiere que “(...) *la red social contribuye sustancialmente al reconocimiento como individuo y a la imagen de sí que tiene una persona (...)*”. Igual que puede ser un elemento protector, esta red social puede ser un elemento generador de tensiones y conflictos para la persona, por lo que debemos conocerlos e intervenir sobre ellos.

El acompañamiento incide en los niveles individual, familiar y comunitario. Estos sistemas se separan entre *ayuda natural* (familia, amigos, vecinos...), *ayuda natural organizada* (asociaciones, grupos de autoayuda...) y *ayuda profesional* (centros, programas...).

Es necesario para que podamos hablar de acompañamiento social, que se dé la aceptación por parte de la persona, de la relación propuesta por el equipo profesional. Supone que la intervención se centre en el establecimiento de una relación de confianza (vínculo), que permita poder abordar los objetivos de intervención diseñados con la persona, con probabilidad de éxito. Es importante que los profesionales sepamos que esta relación tiene un objeto, y no se trata de cubrir necesidades afectivas ni generar dependencia.

El trabajo en red consiste en un trabajo sistemático de colaboración y complementariedad entre los recursos de un determinado ámbito territorial. Va más allá del intercambio de información, ya que implica la articulación y participación de la misma comunidad de forma continuada, para responsabilizarse en el cambio de ella misma.

Podemos decir que nuestro trabajo se basa en una intervención centrada en la persona, que la aborda de manera integral, que tiene en cuenta su entorno y que busca darle el mayor protagonismo en su proceso de mejora, fomentando el mayor grado de autonomía posible.

Bloque IV: Información, Orientación y Asesoramiento:

- *“Asesoramiento a usuarios y familiares sobre recursos y prestaciones sociales, en colaboración con los SS. SS.”*

Teniendo en cuenta que la información es un elemento necesario para que una persona pueda participar, es crucial por ello, que desde el EASC se favorezca el acceso a la misma.

Es función del trabajador social informar y apoyar a las personas para que accedan a los recursos, prestaciones y derechos. El trabajo de motivación y movilización de la persona es muy importante, ya

que no se trata en muchos casos de personas que estén motivadas para acceder a estos recursos y prestaciones. El propio deterioro físico y/o mental, la poca conciencia de enfermedad, etc., son elementos frecuentes que se pueden encontrar en la atención social desde un EASC que dificultan el acceso a los recursos y prestaciones.

Otros destinatarios de la información son las familias. Es necesario mantenerles bien informados, tanto en aspectos relacionados con las falsas creencias hacia la enfermedad mental, como en el acceso a recursos y prestaciones.

Es necesario el uso de un lenguaje adaptado, que permita que el mensaje llegue al receptor y sea procesado de manera correcta, evitando el uso de un lenguaje especializado.

Otro aspecto que se recoge dentro de la adaptabilidad, a parte del contenido y la forma anteriormente tratados, es el contexto. Tener presente que el EASC interviene en el propio entorno del usuario. El mensaje que contiene la información no siempre llega de la manera que el profesional desearía, ya que existen elementos distractores que anulan o distorsionan el canal de comunicación, y como consecuencia el mensaje es confuso. Es por ello que cuando se intervenga con el objetivo de facilitar algún tipo de información al usuario se puedan analizar dichos elementos del contexto: la familia, amigos, vecinos, teléfonos, ruidos externos, etc. Y de este modo puedan incidir lo menos posible en nuestro objetivo de intervención.

Un elemento significativo dentro de un proceso de rehabilitación psicosocial es la capacidad de tomar decisiones. Se tratará de empoderar al usuario, que sea él mismo el que marque el ritmo y se implique en su propio proceso. De este modo la información, el asesoramiento y la orientación hacia cualquier opción que al usuario se le presente, será un proceso con un carácter estructurado, donde se expondrán las diferentes alternativas apoyando en el análisis de los aspectos positivos y negativos, y acompañando al usuario en la toma de decisiones. Por parte del profesional se buscará siempre la objetividad, y que el usuario pueda decidir con libertad y conocimiento de causa.

Con todo ello se pretende que el usuario, objeto de intervención, haga uso de sus derechos dentro de la comunidad, y pueda de este modo contar con los servicios necesarios que le permitan participar en la sociedad de una forma activa, responsable y consecuente, llegando a ser un ciudadano de pleno derecho.

4. CONCLUSIONES

Nos parece importante incidir en varias de las ideas expuestas en el artículo. La primera es el carácter comunitario de los EASC como recurso, si bien este enfoque está presente en todos los recursos que componen la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid, es especialmente importante en los EASC. Se trata de acercar *lo comunitario a la persona* que atendemos (acercar los recursos con los que cuenta su barrio y distrito y el modo de participación en los mismos), pero también tiene que acercar *la persona a lo comunitario*, es decir, hacer que los recursos sean accesibles para ella. Para poder hacer esto, los profesionales del Trabajo Social tienen una especial importancia, ya que en gran medida es función nuestra conocer ese entorno y abordar esa labor de acercamiento.

Otra de las ideas claves a la hora de realizar una intervención de calidad, es el *trabajo en equipo*. Partiendo de una clara definición de las funciones y áreas de intervención que debemos asumir cada uno de los profesionales, tenemos que ser capaces de abordar de manera integral e integradora el trabajo que realizamos como equipo. Para esto es fundamental generar espacios de comunicación y coordinación internos que nos permitan crecer y consolidarnos como equipo, mejorando por tanto la calidad de la atención que ofrecemos a las personas usuarias de nuestro recurso. Es importante evitar los reduccionismos a la hora de afrontar la intervención, parcializándola y limitándola a los diferentes enfoques por parte de los profesionales que integramos los EASC, siendo fundamental retomar la globalidad que une esos enfoques.

Otro de los puntos clave en el funcionamiento de los EASC, es *la coordinación y el trabajo en red* con otros recursos y entidades, ya que la mayor parte de las personas que intervenimos en ellas somos a su vez atendidas por otros profesionales. Entre todos debemos sumar esfuerzos en pro de la persona que atendemos. Es de gran importancia el respeto a la privacidad de datos personales, cuidando tanto los espacios, como los canales y el contenido de la información que ofrecemos en estas coordinaciones.

Con todo esto, entendemos que el papel que juega el profesional del Trabajo Social dentro de los EASC, es de suma importancia para poder asumir con éxito el trabajo que se realiza en dichos equipos, tanto en lo que concierne a la intervención individual como a la vertiente comunitaria.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Argentina: Lumen.
- Auerswald, E. H. (1976). El enfoque interdisciplinario y el ecológico. En N. Ackerman y col. (Coord.), *Grupoterapia de la familia* (pp. 275-290). Madrid: Horné.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2002). *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008)*. Depósito Legal: M-37936-2002.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2003). *Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica*. Depósito Legal: M-34.405-2003.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales. (1999). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Madrid: SGTS.
- De Robertis, C. (1992). *Metodología de intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Douglas, C. (1983). Triángulos entre agencias: problemas en las relaciones agencia- familia. *Revista Family Progres*, 22, 441-451.
- Equipos de Apoyo Social Comunitarios de Alcobendas y Colmenar. (2008). "Cuando la montaña va a Mahoma o ¿qué son los EASC?". *Revista de Salud Mental*. Sección de Rehabilitación. www.saludmental.info. Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Elzo Imaz, J. (2004). *La familia entre la añoranza estéril y las incertidumbres del futuro*. Conferencias.
- Fernández García, T. y Alemán Bracho, C. (2008). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lamas, C. (1997). *Los primeros contactos*. Barcelona: Paidós.
- Lillo N. y Roselló, E. (2004). *Manual para el Trabajador Social Comunitario*. Madrid: Editorial Narcea.

- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, Participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular.
- Martín Muñoz, M. (2003). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Recuperado el 10 de marzo de 2011 de www.diagnosticosocial.com.
- Mascareñas, L. M. (1996). *La práctica y la teoría del Desarrollo Comunitario, Descripción de un modelo*. Madrid: Narcea.
- Molleda Fernández, E. (2007). ¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social? *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 139–155.
- Torres Díaz, J. (1987), *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Tschorne P. (2005). *Dinámica de grupo en Trabajo Social*. Salamanca: Amarú Ediciones.