

EL EDUCADOR EN EL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Antonio Bertina,¹ Francisco Ballesteros²

240

Resumen

El Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) es uno de los recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Dispositivo dirigido a una parte de la población con trastorno mental grave, con mayor especificidad en la intervención rehabilitadora debido a la necesidad de apoyo intensivo, accesibilidad y flexibilidad que presentan sus destinatarios. Formado por un psicólogo/a, un trabajador/a social y dos educadores/as. Siguiendo una filosofía de trabajo multidisciplinar y con un marcado carácter horizontal, se puede resaltar que las funciones del educador dentro del EASC giran en torno a desarrollar las tareas de acompañamiento, rehabilitación, integración y apoyo social necesarias para la consecución de los objetivos del plan de intervención individual en función de las capacidades del usuario, mediante programas educativos y de entrenamiento social. Se aprecia como la educación social dentro del EASC aporta un salto necesario hacia lo social y hacia la recuperación del individuo como miembro de una comunidad y su desarrollo individual en base a la modificación de su contexto vital.

Palabras clave: Educador Social, Equipo de Apoyo, Rehabilitación Psicosocial, Salud Mental Comunitaria, Trastorno Mental Grave.

Fecha de recepción: 09-04-2015.

Fecha de aceptación: 25-06-2015.

1 Educador del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral. Grupo5. Correspondencia: Antonio Bertina, Calle Alfredo Marquerié, nº 11, 28034 – Madrid. e-mail: antonio.bertina@grupo5.net

2 Psicólogo del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral. Grupo5

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9007.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

¿Qué es un Equipo de Apoyo Social Comunitario?

El Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) es uno de los recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2003). Es un dispositivo altamente coordinado con los servicios de salud mental y de rehabilitación existentes, y va dirigido a una parte de la población de personas con trastorno mental grave con mayor especificidad en la intervención rehabilitadora debido a la necesidad de apoyo flexible que presentan sus destinatarios.

Se destina a un tipo de población que, aun compartiendo las características definitorias de los diagnósticos que dan nombre a los trastornos mentales graves, presentan mayores dificultades de accesibilidad, de disposición o de motivación para el cambio. Este tipo de persona suele tender a un mayor aislamiento y desvinculación asistencial y normalmente se encuentra fuera de las esferas sociales, lo que requiere una mayor especialización para re-vincularlos y mantenerlos con unos mínimos criterios de calidad de vida y autonomía en el entorno donde viven.

Las metas y objetivos generales de un EASC son amplias y se adaptan a las necesidades personales de cada usuario. La filosofía de intervención radica en una alta individualización de cada proceso personal. Aun así se encuentran líneas de intervención generales (Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2005):

- Ofrecer atención domiciliaria para que la persona se pueda mantener autónomamente en su vivienda.
- Ofrecer apoyo para crear o mejorar la vinculación de las personas a los servicios sociales y/o de salud.
- Ofrecer apoyo a las familias.
- Promover el desarrollo de la autonomía personal y de manejo comunitario.

Asimismo, se describe el perfil del destinatario de las intervenciones del EASC (Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2005):

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. **ISSN:** 1698-9007.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

- Personas de ambos sexos; con edades comprendidas entre los 18 y 65 años; con un diagnóstico de trastorno mental grave y duradero; que presente deterioros en el funcionamiento psicosocial, en la integración socio-comunitaria, en la autonomía domiciliaria y/o en el vínculo con los servicios sanitarios; y que requiera de una atención flexible y cercana a su entorno natural a fin de prevenir situaciones de marginación, aislamiento o deterioro.

El proceso individual de atención comienza con la derivación del usuario desde la comisión de coordinación y derivación del servicio de salud mental de referencia que se reúne una vez al mes. En esta reunión se presenta el caso, los motivos de su derivación al EASC y los objetivos de la misma. El continuador de cuidados del usuario presenta los aspectos sociodemográficos, clínicos y sociales de mayor interés, asimismo hace entrega al equipo de un protocolo de derivación.

Una vez aceptada la derivación por parte del equipo se establece con el servicio de salud mental una fecha para realizar el primer contacto e iniciar la vinculación. Para favorecer ese encuentro, se realiza generalmente en el propio servicio de salud mental con la presencia del continuador/a de cuidados (y de familiares, si así lo desea el usuario). Desde ese momento el EASC debe comenzar a generar un buen vínculo con la persona, que facilite el resto del proceso, asimismo, se le da información sobre qué es un EASC y se le facilita las vías de comunicación con profesionales y dirección del EASC (teléfono, dirección, mails, etc.). En esta fase ya se comienza a identificar las primeras necesidades del usuario e incluso algunas de sus motivaciones.

Una vez iniciada la relación rehabilitadora, se desarrolla una fase de evaluación que cada uno de los profesionales del EASC lleva a cabo desde su área. Si el usuario cuenta con familiares o personas significativas también se procede a entrevistarles. Este proceso se extiende por 45 días y termina con la elaboración de un informe de evaluación y de un Plan Individualizado de Atención Social Comunitaria. En éste se incluyen los objetivos que se hayan consensuado con la persona en base a sus necesidades y fortalezas. A continuación se comienza a desarrollar las acciones propuestas tanto con los usuarios como con las familias. Las citas se despliegan normalmente una vez por semana de manera individualizada y grupal. Estas



intervenciones tendrán lugar en el entorno del usuario, en su domicilio o en los recursos comunitarios correspondientes. El plan individualizado de atención social comunitaria se somete a una constante reevaluación para adaptarlo a las necesidades y progresos del usuario y su familia.

Una vez que se alcanzan los objetivos previstos en el plan individualizado (actualizado cada año) se da paso a una fase de seguimiento, en la cual se propone cerrar paulatinamente la intervención, sin descartar posibles retrocesos. Después de esta etapa de seguimiento en la que se afianzan los logros y beneficios, el usuario recibiría el alta del recurso, decisión que se consensua no sólo con el usuario y su familia, sino también con el servicio de salud mental.

Este recurso ha sido ampliamente definido en trabajos previos (Ballesteros, Bertina, Motos, Tejedor, Gentil y Antino, 2014; Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2005; Saiz y Chévez, 2009).

En el año 2005 se inició la experiencia de los EASC con la puesta en marcha de los 5 primeros equipos de apoyo. Estos equipos se situaron en Alcalá de Henares, Collado Villalba, Getafe y en los distritos de Usera y Puente de Vallecas de Madrid. Debido a los buenos resultados iniciales y a la gran acogida por parte de todos los profesionales implicados, así como de los usuarios y sus familiares, se fueron ampliando el número de EASC y se distribuyeron por todos los distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid. Diez años después, se cuenta con 38 EASC, que atienden al menos a 1.140 personas con trastorno mental grave (aproximadamente un 20% del total de plazas de la Red Pública de Atención Social de la Comunidad de Madrid). A estas personas atendidas, hay que sumar la atención anual de aproximadamente 900 familias con las que los EASC intervienen, para facilitar (o a veces permitir) los pasos hacia la autonomía del afectado.

En un principio la acción de los EASC en Madrid pudo limitarse a ofrecer un apoyo a los recursos de la red de atención social a personas con trastorno mental grave. El papel que podía jugar un equipo de este tipo era facilitar la vinculación del usuario a alguno de los recursos ya existentes, para que pudiera avanzar en su proceso de rehabilitación o para que no se “perdiera” en la red asistencial; idea expresada por profesionales de un



Servicio de Salud Mental, recogida en De Barrio (2013). Sin embargo, la propia combinación de profesionales demostró poder cubrir de forma integrada todas las áreas psicosociales de la persona, lo que llevó a los EASC a atender los procesos de rehabilitación de sus usuarios de forma completa (en los que en ocasiones se hace necesario el vínculo con otro recurso de la red). Parece que datos de eficacia de otras aproximaciones con énfasis de trabajo en la comunidad y en el domicilio (Killaspy et al. 2006; Stein, Test y Marx, 1975) y los resultados iniciales de mejora de los usuarios de EASC (Ballesteros et al., 2014) apoyan esta idea.

¿Qué profesionales componen un EASC?

Cada EASC está formado por 3 categorías profesionales: la psicología, el trabajo social y la educación, quedando constituido de la siguiente manera: un psicólogo/a, un trabajador/a social y dos educadores. Por lo tanto, el conjunto de los 38 EASC de la Comunidad de Madrid representa un total de 152 profesionales, de los cuales 76 son educadores. Cabe destacar que de estos 76 trabajadores, no todos han cursado una de las diplomaturas universitarias relacionadas (educación social, educación especial, etc.) al existir, en el momento de la creación de los EASC, numerosos expertos que venían desarrollando funciones educativas con anterioridad a la creación de dichas carreras universitarias. Finalmente, comentar que completan cada plantilla dos profesionales de supervisión y gestión: un director/a y un administrativo/a.

¿Qué lugar ocupa el educador dentro del EASC?

Dentro de los pliegos de prescripciones técnicas de los EASC desarrollados por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2005), los educadores se encuadran dentro del decimocuarto punto como medios personales de los equipos. En este apartado se especifica que los EASC deben asegurar la presencia de dos educadores a jornada completa de lunes a viernes.

También son descritas las funciones principales de dicho puesto (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2005):

- Atención psicosocial y apoyo en el domicilio y entorno.

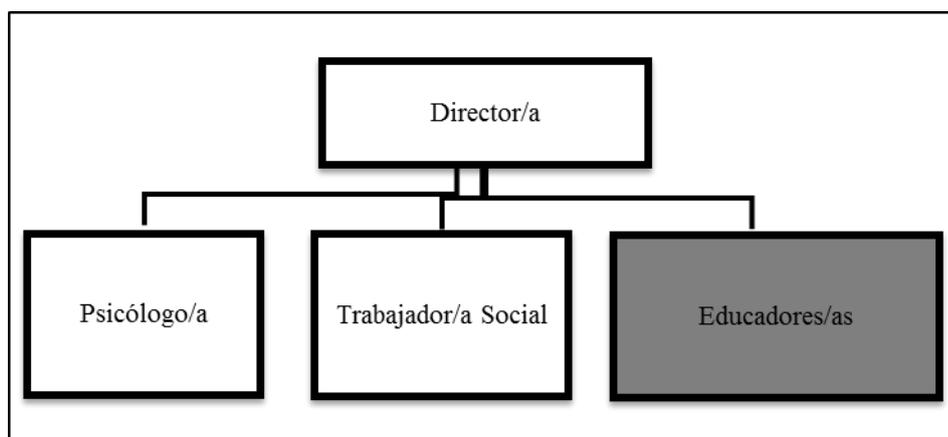


- Apoyo en el desarrollo de las actividades de mejora de la autonomía personal y social y apoyo en el mantenimiento domiciliario y en el entorno.
- Apoyo y acompañamiento en la vinculación a cualquier tipo de recurso.
- Apoyo a la utilización e integración en recursos comunitarios.
- Colaboración y apoyo del proceso de atención social.

Un paso más en la definición de las funciones específicas de los educadores dentro de los EASC se ha dado desde la empresa Grupo5 a través de la Definición del Puesto de Trabajo de esta categoría profesional. Se ratifica que el educador se encuentra dentro del equipo técnico en un plano horizontal (ver imagen 1), siendo la misión o razón del puesto:

“Desarrollar tareas de acompañamiento, rehabilitación, integración y de apoyo social necesarias para la consecución de los objetivos del Plan de Intervención Individual en función de las capacidades del usuario, mediante programas educativos y de entrenamiento”.

Imagen 1. Organigrama del EASC.



Fuente: Descripción DPT Grupo5 Acción y Gestión Social SL.

Las funciones descritas en la definición del puesto de trabajo añaden funciones al educador como titular del puesto, creando una imagen más completa de las tareas y responsabilidades del profesional dentro de un EASC:

- Realizar la evaluación específica de las Actividades de la Vida Diaria básicas e instrumentales, de los autocuidados y hábitos saludables, así como la gestión del tiempo.

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9007.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

- Desarrollar actividades y programas de atención y rehabilitación en aspectos como la integración comunitaria, el ocio y tiempo libre, etc. Así como trabajar en el domicilio, facilitando la autonomía personal y social.
- Acompañar a los usuarios a: actividades o zonas de ocio, atención sanitaria, compra de objetos personales, centros de salud, etc.
- Intervenir con los usuarios para prevenir y compensar dificultades personales y sociales y para promover la participación de los mismos en acciones grupales.
- Realizar talleres específicos (cocina, actividades deportivas, habilidades sociales, orientación laboral...) con el objetivo de apoyar en el proceso de socialización y de desarrollo personal de los destinatarios.
- Negociar objetivos de intervención con el usuario.
- Promover la motivación y el enganche por parte del usuario para facilitar el proceso de rehabilitación y conseguir su implicación progresiva y su participación activa.
- Colaborar en el seguimiento y apoyo comunitario de los usuarios.

Si bien es cierto que en los textos oficiales referidos anteriormente se constituye a los EASC como equipos multidisciplinares, no delimitan con rigidez el diseño de las dinámicas de funcionamiento interno y de coordinación de las labores del psicólogo/a, trabajador/a social y educador/a. Cada equipo debe entonces volcarse en la creación y adopción de un estilo de trabajo, que se entiende horizontal, para que cada profesional goce de autonomía dentro de su ámbito de actuación y sea el responsable de los procesos correspondientes y oportunos. En este caso, el educador compartirá y pondrá en común sus estrategias de abordaje, según el área en cuestión, delegando una serie de tareas en sus compañeros, supervisando el desarrollo de las acciones tendientes al logro de cada objetivo y evaluando, en base a los indicadores establecidos, los resultados de la actuación del equipo. Por lo tanto, cada plan individualizado de atención social comunitaria que recoge el conjunto de los objetivos pactados entre el EASC y la persona atendida, se verá marcado por una clara corresponsabilidad de los profesionales involucrados, sin afectar a la autonomía de cada una dentro de su “terreno”.



2007-2015: La experiencia de los educadores sociales del EASC de Fuencarral

Los contenidos que se desarrollan a continuación se basan en la experiencia del EASC de Fuencarral. Pretenden completar el marco teórico descrito anteriormente y aportar datos concretos sobre el desempeño y desarrollo de esta profesión en el ámbito de la rehabilitación psicosocial en un recurso tan específico.

Las áreas en las que el educador interviene, asumiendo el liderazgo de los procesos y tareas relacionadas son:

247

Área de hábitos de la salud (física y mental)

- Abordar las dificultades en la gestión autónoma del tratamiento (citas, pautas) y motivar para la adherencia y el vínculo con sus profesionales de referencia.
- Detectar los posibles abusos de sustancias (tabaco, café, alcohol) y motivar para la adopción de hábitos saludables.

Área de Actividades de la Vida Diaria

- Evaluar las dificultades en la aseo (cuerpo, pelo, uñas, boca, etc.) y motivar para un ajuste normalizado de las rutinas higiénicas.
- Discernir el origen de una alimentación inadecuada (horarios desajustados, mala calidad, dificultades en la elaboración) y motivar para el seguimiento de una dieta equilibrada y variada, realizando entrenamientos “*in situ*” (compra en comercios, taller de cocina en el domicilio, etc.).
- Indagar la causa de una higiene de sueño inadecuada y aportar una estructura adaptada a las necesidades de cada persona.
- Observar el desempeño de la persona en el ámbito doméstico y entrenar para el mantenimiento autónomo de la vivienda.
- Evaluar las dificultades en la movilidad (geográfica, horaria, uso de transportes públicos, etc.) y realizar acompañamientos en el entorno.
- Valorar la capacidad de la persona en la asunción autónoma de un presupuesto mensual.



Área de Integración Comunitaria

- En los casos de personas con un marcado deterioro en esa área, y cuyas relaciones sociales se limiten a la familia, ofrecer alternativas grupales dentro del marco de actuación del EASC.
- En los casos de personas cuyas redes sociales se hayan truncado con la aparición del trastorno mental, motivar para la recuperación de dichas redes o para la incorporación a recursos normalizados (lúdicos, culturales y/o deportivos).

248

Datos de atención

A modo de evaluación cuantitativa de la acción de los educadores del EASC de Fuencarral, se ofrece en la **Tabla 1** los datos de atención del año 2014 que reflejan la lógica predominancia del educador en las intervenciones individuales.

Tabla 1. Datos de atención **individual** del EASC Fuencarral, año 2014.

Categoría profesional	Total de intervenciones anuales con usuarios *	Total de intervenciones anuales con familias **
Psicólogo	280	47
Trabajadora social	268	126
Educador 1	548	46
Educador 2		

* Media de 30 usuarios atendidos.

** Media de 19 familias atendidas.

En cuanto a las intervenciones grupales (el EASC de Fuencarral cuenta con dos programas grupales) es una función tradicionalmente vinculada a las profesiones educativas y queda patente en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Datos de atención **grupal** del EASC Fuencarral, año 2014.

Categoría profesional	Presencia profesional Grupo 1 “Adultos”	Presencia profesional Grupo 2 “Jóvenes”
Psicólogo	5	11
Trabajadora social	6	13
Educador 1	47	29
Educador 2		

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9007.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

Ambos grupos, formados tanto por usuarios con un proceso activo como por usuarios que han finalizado su proceso de rehabilitación con el EASC, realizan a lo largo del año diferentes tipos de encuentros/salidas que se reseñan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Datos de **encuentros grupales** del EASC Fuencarral, año 2014.

	Media de participantes	Total de encuentros “rutinarios”	Total de encuentros “especiales”
Grupo 1	5,70	25	23 *
Grupo 2	3,70	41	6 **

* Los encuentros “especiales” tienden generalmente a superar los límites geográficos del distrito de Fuencarral, acudiendo a espacios de ocio y cultura normalizados, tales como una Bolera, unos Billares, el centro de Madrid, Toledo, Cercedilla, Museos o la comida de Navidad. Algunas actividades, como acudir al cine, acabó siendo una actividad autónoma a la que no acuden los profesionales, con el fin de reforzar la convivencia de los participantes sin la presencia profesional.

** Partido de baloncesto con ex jugador profesional, paseo por la Pedriza, monográficos [sexualidad, inserción laboral desde un Centro de Rehabilitación Laboral] y la comida de Navidad.

Nota: el número total de encuentros (en ambos grupos) no se corresponde con los datos de atención profesional de la **Tabla 2**, al acudir puntualmente dos profesionales (de la misma categoría o de categorías diferentes) a dichos encuentros.

Un caso práctico

Con el objetivo de clarificar las acciones de los educadores dentro de un recurso tan específico como es el EASC, a continuación se presenta un caso real abordado de manera interdisciplinar.

R.R. es un usuario derivado al EASC en el año 2009 a través del Programa de Continuidad de Cuidados del servicio de salud mental de Fuencarral. Del protocolo de derivación de R.R., entregado por sus profesionales de referencia, se extrajeron los siguientes objetivos: a) limitar la dependencia familiar; b) mejorar las relaciones interpersonales; c) evitar el aislamiento; y d) facilitar la vuelta al domicilio y mejorar la autonomía doméstica.

R.R. es un varón de 40 años de edad, soltero, que reside en la vivienda familiar con ambos padres. Es el mayor de dos hermanos, el hermano pequeño se encuentra independizado del hogar desde hace varios años. Antes de su derivación al EASC fue dado de alta de una Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación, recurso de régimen hospitalario y con programas de rehabilitación intensivos en el cual estuvo 8



meses. En el momento de la derivación no trabaja ni realiza ninguna actividad formativa o de ocio reglada. Asimismo, la implicación en las responsabilidades domésticas es inexistente. También presenta problemas en los autocuidados básicos, en la gestión de su pauta farmacológica, en los ciclos sueño-vigilia y en la realización de tareas de autonomía personal. Finalmente, se detecta que presenta desregulación emocional, así como tendencia de interpretaciones delirantes de perjuicio y excesiva preocupación por la imagen corporal. En ese momento tiene diagnóstico de Trastorno Psicótico sin Especificar, aunque durante sus 20 años de atención psiquiátrica recibió varios diagnósticos; entre ellos cabe mencionar trastorno de personalidad y trastorno bipolar.

El sistema familiar presenta cierto déficit en el funcionamiento estructural y afectivo, siendo destacable una madre sobreprotectora e invasiva, un padre periférico y unos límites difusos. Asimismo, se observa la presencia de mucho control hacia diferentes áreas de la vida de R.R.

Algunos datos de índole social: tiene reconocido un grado de discapacidad de 82% y percibe una Prestación por Hijo a Cargo. De ambos datos el usuario es desconocedor en el momento de la derivación.

En cuanto al desarrollo de los problemas de salud mental, R.R. considera que desde pequeño tuvo dificultades en la “*regulación de las emociones y de los nervios*” (de hecho tiene pautado algún tipo de medicación desde los 4 años de edad). No es hasta 1990, con 20 años, cuando sufre su primer ingreso psiquiátrico y se inicia su seguimiento en el servicio de salud mental de Fuencarral (previamente había estado en seguimiento en un servicio de salud mental infanto-juvenil). En la evolución de su trastorno se cuentan hasta un total de 6 ingresos de urgencias debido a descompensaciones sintomáticas que empeoraron la desorganización conductual, el bajo estado de ánimo, las conductas heteroagresivas, el aislamiento y conductas que ponían en riesgo su integridad física. El último ingreso se produjo en 2007 y tuvo una duración total de 20 días. Además, R.R. admite que ha participado en diferentes “*instituciones psiquiátricas*”.



Si bien desde muy temprana edad R.R. siguió un tratamiento farmacológico y ha participado de varias instituciones, se apreció que su proceso de recuperación no estaba completo. Ante la reciente salida de la unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación y la necesidad de mayores apoyos sociales y domiciliarios, se consideró oportuno realizar un trabajo comunitario-sanitario complementario y por ello se decidió su derivación al EASC.

A raíz del proceso de evaluación se detectaron las siguientes necesidades generales en el usuario:

- Adquirir competencias personales que le permitan manejar estados emocionales como la ansiedad o el bajo ánimo.
- Aumentar la cantidad y calidad de los contactos sociales, con el fin de crear una red social paralela a la familiar.
- Mejorar los hábitos saludables adquiriendo pautas de consumo moderado de tabaco y coca-cola.
- Iniciar procesos de rehabilitación en recursos de soporte social como el Centro de Día, ocupacionales como el Centro de Educación para Adultos.
- Motivar para que R.R. comience un tratamiento específico que aborde los problemas de la conducta alimentaria (tipo restrictivo).
- Asumir responsabilidad, protagonismo y autonomía en la realización de diferentes actividades de la vida diaria, de cara a la asunción autónoma de la vida doméstica.
- Motivar a los padres para que reduzcan las conductas sobreprotectoras hacia R.R. e incorporen nuevos roles en las dinámicas familiares.
- Mejorar la convivencia familiar modificando el modelo de comunicación entre padres e hijo.

En las **Tablas 4, 5 y 6**, se recogen estos objetivos, indicando qué profesional lideró cada proceso, y qué profesionales apoyaron las estrategias desarrolladas.

El proceso de rehabilitación que el EASC ha desarrollado con R.R. se presenta en este trabajo dividido en tres fases, implementadas a lo largo de más 5 años de intervención.



En cada fase se puede identificar una vertiente dominante, así, en la Fase 1 las metas estaban más orientadas hacia la integración comunitaria y en la Fase 3 se focalizaron los esfuerzos hacia el ámbito doméstico. Cabe mencionar que este cambio se consensó con el usuario ante los limitados resultados que se estaban alcanzando. Es destacable que desde que se trabaja en la Fase 3 el estado de ánimo y la calidad de vida percibida del usuario es más alta, asimismo, la convivencia familiar ha mejorado.

Tabla 4. Fase 1 de la intervención psicosocial con R.R. [Sept. 2009-Oct. 2013].

OBJETIVO	PROFESIONAL		ACCIONES
	RESPONSABLE	APOYO	
Evaluación funcional	educador		Evaluación del desenvolvimiento de R.R. en todas las Actividades de la Vida Diaria: hábitos de salud, descanso, aseo, alimentación, vestimenta, mantenimiento del hogar, gestión económica, uso de nuevas tecnologías, movilidad en el entorno, uso del tiempo libre, relaciones familiares y sociales, etc.
Consolidar las competencias personales	psicólogo	educadores trabajadora social	Intervenciones individualizadas en las que se exploraron las potencialidades del usuario fomentando su desarrollo. Intervenciones orientadas a los entrenamientos de estrategias de afrontamiento (por ejemplo, relajación, planificación de actividades agradables, toma de decisiones, solución de problemas, autocontrol).
Desarrollar una red social	educadores	psicólogo trabajadora social	Reducir la aprensión ante demandas sociales (comunicación, interacción, etc.). Acompañar a recursos del entorno para facilitar su inclusión (Centro Educación Para Adultos).
Crear hábitos de vida saludables	educadores / psicólogo		Fomentar autocontrol en la ingesta de líquidos y la regulación en el consumo de tabaco y los horarios de sueño (evaluación semanal de autorregistros).
Mejorar los problemas de la conducta alimentaria	psicólogo		Coordinaciones con servicio de salud mental hasta consensuar con continuador de cuidados y el propio usuario la derivación a la experta en trastornos de la conducta alimentaria, así como la inclusión del usuario en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital de referencia.
Participar en recursos de rehabilitación	educadores	psicólogo trabajadora social	Facilitar vínculo con Centro de Día. Facilitar vínculo con Centro de Rehabilitación Laboral. Acompañamientos y coordinación con profesionales correspondientes.



Tabla 5. Fase 2 de la intervención psicosocial con R.R. [Oct. 2013-Feb. 2014]

OBJETIVO	PROFESIONAL		ACCIONES
	RESPONSABLE	APOYO	
Re-vincular con los miembros del EASC	EASC		Intervenciones enfocadas a recuperar la confianza, sin tareas formales ni seguimiento de autorregistros. Citas presenciales en el entorno y telefónicas.

Tabla 6. Fase 3 de la intervención psicosocial con R.R. [Feb. 2014-Mar. 2015]

OBJETIVO	PROFESIONAL		ACCIONES
	RESPONSABLE	APOYO	
Mejorar las actividades de la vida diaria	educadores	psicólogo trabajadora social	Primeras citas en el domicilio. Estructuración de rutinas diarias en el aseo y mantenimiento del hogar. Asunción progresiva de la gestión económica de su prestación. Autorregistros.
Reducir la sobreprotección familiar	trabajadora social	psicólogo educadores	Intervenciones con los padres donde se les aporta información sobre la situación de su hijo. Intervenciones donde se dota a los padres de estrategias de afrontamiento de situaciones complicadas. Redefinir con los padres los roles de la familia, así como las responsabilidades de cada uno de ellos.
Mejorar las dinámicas familiares	trabajadora social	psicólogo educadores	Apoyar a R.R. en la creación de un nuevo rol (de ser cuidado a ser cuidador) ante las resistencias de sus padres.

Conclusiones

Cuando se aborda la cuestión de la intervención comunitaria en salud mental se entiende que los profesionales encargados de la misma procurarán crear un espacio de trabajo que se desmarque de la acción, marcadamente sanitaria, de las profesiones tradicionalmente presentes en los servicios de salud mental (psiquiatría y enfermería). La educación social aporta ese cambio en el modelo de atención, que permite alcanzar otra dimensión. En ella, la farmacología y la biología impactan menos en la vida de los

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9007.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

afectados y se incide con más ahínco en el desarrollo psicosocial de la persona. Este matiz, junto con el hecho de que “un EASC no tiene despacho”, constituyen las dos señas de identidad más claras de este tipo de recurso. Se considera que allí radica “por qué” del educador en un EASC, al entender que un abordaje limitado a “lo psicopatológico” no es suficiente, y que se debe apostar por otras estrategias, como la recuperación del individuo como miembro de una comunidad y su desarrollo individual en base a la modificación de su contexto vital. La transmisión de competencias (tanto en el ámbito doméstico como social), el empoderamiento y adopción de nuevos roles, la participación en la vida cultural, deportiva, lúdica y asociativa del entorno son las metas que se fija un educador de EASC en sus intervenciones, haciendo buena las etimologías de la palabra educar (“*educare*”, “*ex-ducere*”), entendida como *alimentar en conocimiento, promover el desarrollo y/o guiar*. En palabras de Escribano: “*el trabajo del educador va encaminado a recuperar las capacidades de la persona para conseguir el máximo nivel de autonomía y de integración*” (Escribano, 2004: 1). Todo esto apoya la idea de que el educador se está convirtiendo en una figura clave en las nuevas perspectivas del modelo de atención en salud mental (García-Herrero y Rigol, 2004).

A través del caso expuesto queda reflejada la horizontalidad inter-profesiones explicada anteriormente. Se observa como el educador es el responsable y ejecutor de diferentes procesos y como su figura es necesaria en la consecución de diferentes objetivos. Esto refuerza la necesidad de una coordinación interna y externa (con otros recursos) constante y fluida, que facilitará el dar coherencia y contenido a toda la intervención. Sólo de esa manera la información de la que son portadores los educadores se compartirá, reforzando la efectividad de las intervenciones de todos los actores profesionales implicados.

No obstante, un educador que desarrolle su labor profesional en el ámbito de la rehabilitación psicosocial necesita enriquecer su formación de base con elementos especializados que le acerquen al conocimiento de otras disciplinas, facilitando el abordaje de situaciones y demandas que superan el mero ámbito educacional. Adquirir nociones de psicofarmacología, formarse en la atención a familiares de usuarios, así como conocer los avances en el campo de la recuperación y de la ayuda mutua son “comodines” a los que el profesional recurrirá en múltiples ocasiones, convirtiéndose en



un técnico polifacético con un merecido lugar privilegiado dentro del espectro de expertos de la salud mental.

Finalmente, concluir con una reflexión acerca de la situación del educador en el sector, para que en un futuro todos los profesionales de la educación que desarrollan su labor en el campo de la rehabilitación psicosocial, no sólo dentro de los EASC, sean reconocidos como técnicos a todos los efectos (funciones, labores, responsabilidades, sueldo, etc.). Se aspira a que no existan distancias entre miembros de una misma categoría profesional, en este caso diplomado universitario, ya que la práctica laboral no justifica la existencia de una diferenciación, sino más bien de una complementariedad, por ejemplo, entre un educador, un trabajador social y un terapeuta ocupacional. Igualmente, en el caso de profesionales de la educación que no hayan cursado carreras (recientes) como educación social, educación especial, etc. pero cuenten con amplias trayectorias formativas y laborales, se considera positivo convalidar su experiencia e igualar su estatus al de un universitario. Esto último se podría conseguir a través del sistema de acreditaciones de cualificaciones profesionales del Ministerio de Educación.

Referencias

- Ballesteros, F., Bertina, A., Motos F.J., Tejedor, M., Gentil, J. y Antino M. (2014). Impacto de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el funcionamiento psicosocial de las personas con enfermedad mental grave. *Clínica Contemporánea*, vol. 5, núm. 2, 181-203. <http://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2014v5n2a5.pdf>
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. (2003). *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Madrid: Autor.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. (2005). *Diseño de equipos de apoyo social comunitario (EASC). Definición, Objetivos, Actividades y Organización*. Madrid: Autor.
- De Barrio, A. (2013). De la dependencia a la autonomía: el EASC. Análisis de la experiencia del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Puente de Vallecas. *Informaciones Psiquiátricas*, vol. 214, núm. 4, 403-424.



- Escribano, I. (2004). La función profesional del educador y la educadora social en los servicios de rehabilitación en salud mental. *Revista de Educación Social*, núm. 3.
- García-Herrero, J. D. y Rigol, M. (2004). El Educador social en el proceso de rehabilitación psicosocial en salud mental. *Revista de Educación Social*, núm. 3.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizar, R., Johnson, S., Nolan, F., Phillip, S. y king, M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *British Medical Journal*, num. 332, 815-821. <https://doi.org/10.1136/bmj.38773.518322.7C>
- Saiz, J. y Chévez, A. (2009). La intervención Socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervenciones psicosociales*, núm. 1, 75-88.
- Stein, L., Test, M. y Marx, A. (1975). Alternative to the hospital: A controlled study. *American Journal of Psychiatry*, num. 132, 517-522.

