

“VINCLES”

UN PROYECTO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS QUE
PADECEN UN TRASTORNO MENTAL SEVERO

CÀRITAS DIOCESANA DE BARCELONA

Vincles es un proyecto que se inició en julio de 1999, por lo que podemos decir que prácticamente llevamos 10 años trabajando en él, y se inscribe dentro del Ámbito de Salud Mental de Càritas Diocesana de Barcelona, compuesto además de por el propio proyecto por el Gabinete de Atención y Orientación Psicológica que ya viene prestando sus servicios a la institución desde hace casi 20 años.

La idea de poner en marcha este proyecto vino dada por el incremento de personas atendidas en Càritas que mostraban síntomas de padecer un trastorno mental grave y que no podían ser atendidas por el GAOP dada la estructura de éste.

Como digo, los trabajadores sociales detectaban un aumento de personas que vivían aisladas y solas, algunas en la calle, otras en sus domicilios y otras en distintos centros de la institución y que por sus dificultades en el contacto con la realidad dada la patología que padecen ni acudían a los Centros de Salud Mental, como tampoco lo hacían a las Áreas Básicas de Salud, ni tampoco los CSM contaban con programas adaptados a las necesidades de estas personas, haciéndose muy difícil mejorar su situación social, laboral y sanitaria.

Desde los inicios de nuestro proyecto tuvimos muy clara la necesidad de un trabajo multidisciplinar partiendo de los profesionales existentes en Càritas, es decir, trabajadores sociales, educadores sociales, trabajadores familiares, insertores laborales, y de los recursos de la institución, como pueden ser los despachos donde se atiende a los usuarios, los pisos asistidos, los centros de día para personas mayores y otros proyectos en marcha.

A partir de esta red se configuró el equipo responsable del proyecto propiamente dicho formado por un psiquiatra, un psicólogo, dos enfermeras especialistas en salud mental y una trabajadora familiar. Desde las primeras reuniones se pensó en qué nombre ponerle al proyecto y mientras íbamos hablando de la organización y la metodología que íbamos a adoptar salió espontáneamente el nombre de Vincles que significa Vínculos, en castellano.

Decimos que salió de modo espontáneo pero no por ello casual ya que en las conversaciones que manteníamos en aquellos momentos con distintos trabajadores sociales y compañeras del GAOP, detrás de la patología, el diagnóstico o la etiqueta de TMS de las personas de que nos hablaban, había siempre un problema de vinculación: sus lazos estaban rotos en muchos casos, tanto en su mundo interno como con el exterior.

Queremos añadir y poner de relevancia, además, la particularidad de los que iban a ser nuestros pacientes y es que pertenecían al sector más desfavorecido de la sociedad, se trataba de una población marginal, la mayoría sin trabajo, con una economía y vivienda precarias o inexistentes, y con un largo historial de familias rotas y soledad que sólo se acompañaba, muchas veces, de adicciones a todo tipo de sustancias.

Bautizar el proyecto nos sirvió también para seguir avanzando en su propio diseño y reforzar su carácter multidisciplinar, y todo ello nos llevó a concebir la red que nos brindaba Càritas, tanto de profesionales como de recursos, junto con nuestro propio equipo como una estructura que podría servir para ayudar a estructurar, dentro de lo posible, a las personas que fuéramos atendiendo.

Ahora bien para conseguir una cierta estructura se precisa una buena vinculación y, puesto que la mayoría de estas personas tenían un déficit importante para vincularse, tuvimos que idear el modo de hacérselo si no fácil, por lo menos, lo más accesible posible.

La accesibilidad a nuestro proyecto pasaba y, así sigue siendo, por la persona de la institución con la que hubiera un mínimo de vinculación y transferencia y esta persona era la trabajadora social puesto que es quien más tiempo hace que conoce al usuario y a quien se ha ido confiando poco a poco. Los TS son, por tanto, un pilar fundamental para la vinculación a Vincles aunque directamente no pertenezcan al proyecto; como también son o pueden ser pilares fundamentales las TF que trabajan en el domicilio o las ES que hacen un seguimiento.

La segunda fórmula para hacer accesible el proyecto es la movilidad de todos sus miembros; esto quiere decir que las dificultades de muchos pacientes para llegar a nuestra sede porque se resisten a salir de sus domicilios o les cuesta ir a lugares que no les resultan familiares, se subsanan mediante las visitas a domicilio o en el despacho de la TS de referencia (hemos de tener en cuenta que nuestra área geográfica de intervención es muy amplia ya que alcanza toda la ciudad de Barcelona y algunas poblaciones limítrofes, y para los pacientes desplazarse más allá de su barrio o ir a un despacho que no es el de la TS es, cuanto menos al principio, algo imposible).

Tenemos pues trazados los dos primeros elementos que ayudarán a la vinculación: una persona que les resulta familiar y la posibilidad de ser visitados en el lugar más apropiado.

Dada la limitación del tiempo de que disponemos presentaré a continuación la metodología de trabajo que seguimos y que nos servirá para seguir viendo lo que tiene de terapéutico el trabajo multidisciplinar.

El primer paso para la detección de una persona susceptible de padecer un TMS es a través del contacto del TS con dicha persona, bien mediante la observación directa de su conducta o mediante un protocolo, redactado en su momento, donde pueden encontrar una serie de indicadores que complementen su observación, entre los que podemos destacar: las dificultades de relación e integración en su entorno socio-comunitario, la duración y evolución de sus trastornos, el grado de deterioro en las capacidades de autonomía personal, que se encuentren en una fase sintomáticamente estable de su enfermedad, etc. Quedan excluidos los pacientes con diagnóstico primario de abuso de sustancias (toxicomanías), retraso mental o trastorno mental orgánico (de etiología neurológica) por la dificultad que tienen de ser atendidos en este tipo de servicio.

Una vez hecha esta detección hay una reunión del TS con los miembros de Vincles y se diseña un primer plan de acogida en función de las necesidades particulares: lugar de las entrevistas, estrategias de abordaje, profesional del equipo que realizará la acogida, etc. Queremos destacar este último punto, es decir, el del profesional que hará la primera acogida porque es un aspecto muy importante para el primer contacto con el paciente, ya que muchas veces son personas refractarias a ser visitadas por un psicólogo o un psiquiatra y, en esos casos, es preferible que sea una de las enfermeras – sobre todo en el caso de las visitas domiciliarias- porque entra como un agente de salud que, en sus primeras intervenciones, hará una anamnesis clínica general hasta que pueda ir hablando de su salud mental.

En cualquier caso sea cual sea la estrategia diseñada, el primer contacto se realiza en presencia del TS o TF de referencia, quien presenta al profesional de Vincles como integrante de un equipo más amplio que atenderá todos sus aspectos de salud. Este funcionamiento permite que la persona enferma viva Vincles como una red de profesionales que trabajan coordinadamente y forman parte de la misma institución que la TS, reduciendo así los miedos y fantasías que se generan al entrar en relación con nuevos profesionales.

Cuando ya se ha podido establecer un mínimo de vinculación el psiquiatra y/o el psicólogo realizan una serie de entrevistas con el fin de establecer un diagnóstico clínico y situacional de la persona, para pasar posteriormente a hacer una puesta en común entre todos los miembros del equipo y la TS, y diseñar un Plan Terapéutico Individualizado en el que se definen los objetivos a conseguir, las fases de intervención, el tipo de intervención de cada profesional, así como la asignación de un referente del equipo que se hará cargo de la supervisión y coordinación de todas las intervenciones.

El objetivo de toda esta estrategia inicial es que el paciente pueda llegar a establecer un vínculo con la persona que llevará a cabo la terapia y a pautar la medicación necesaria, es decir, con el psiquiatra y/o el psicólogo; y, al mismo tiempo, que las personas de enfermería puedan hacer un seguimiento tanto de la pauta psiquiátrica, como de la salud en general.

Una característica destacable de todo el proyecto es la posibilidad de realizar un seguimiento con la frecuencia precisa en cada momento de la intervención y ésta suele ser inicialmente, y como mínimo, de una visita semanal y sin una fecha de finalización concreta.

A partir de la vinculación con el psiquiatra y/o psicólogo, cuando estos profesionales lo consideran oportuno, además de la terapia individual el paciente suele ser derivado a uno de los talleres del centro de rehabilitación que son dirigidos por una de las enfermeras con la ayuda de la trabajadora familiar del proyecto.

Estos talleres han ido variando en función de las necesidades y del tipo de usuarios a lo largo de estos años, pero los centros de atención se han centrado en: grupos de lectura de prensa, talleres de salud, grupos de relajación y grupos de autoayuda.

Al mismo tiempo, y si es preciso, se les ofrece la posibilidad de utilizar los servicios comunitarios de nuestras instalaciones como son las duchas y el servicio de lavandería. En el caso de las personas sin techo también pueden utilizar la cocina. Estos servicios están siempre supervisados por el referente del paciente y cuentan con la ayuda de la trabajadora familiar del proyecto.

Con todo este dispositivo conseguimos que los pacientes puedan tener un diagnóstico que permita ofrecerles la ayuda psicofarmacológica precisa, una psicoterapia individual, un seguimiento de su salud global y la participación en un taller grupal que les ponga en relación con otras personas que atraviesen una situación parecida a la suya.

En paralelo a esta intervención con los pacientes, en el caso de que estos tengan relación con su familia se hace también un trabajo con ella, informándole en todo momento del diagnóstico de su familiar, del trabajo que se realiza con él y de los objetivos de nuestra intervención. Además de este trabajo informativo, si es conveniente, se diseña un trabajo de terapia familiar.

El equipo de Vincles se reúne semanalmente para hacer un seguimiento de todos los pacientes y una valoración de su evolución; asimismo, cuando se considera necesario hay reuniones de coordinación del referente de cada caso con la TS.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que nuestro trabajo no se limita a la intervención en el centro sino que también mantenemos contacto con los CSM, en aquellos casos en que el paciente es atendido psiquiátricamente en uno de esos centros, con las unidades de ingreso psiquiátrico si se da el caso de algún ingreso durante el tratamiento o si lo ha habido antes para recopilar la información necesaria, y con los médicos de familia o los hospitales generales cuando es preciso.

Con la implementación de esta metodología podemos ofrecer un servicio de calidad, individualizado y familiar, que permite dar una atención bio-psico-social integral a los pacientes que son derivados a nuestro proyecto, con el objetivo de promover su autonomía y conseguir su reinserción sociolaboral. Los indicadores que nos permiten evaluar el grado de consecución de estos objetivos son:

- La adherencia al tratamiento y la compensación de la enfermedad.
- La adquisición de compromiso y responsabilidad, primero con las actividades internas del centro: visitas concertadas, participación en el Club, etc. y posteriormente con las externas: visitas a centros de salud, gestiones sociales, desplazamientos urbanos en transporte público, etc.
- El Espaciamiento de las visitas a domicilio, hasta su total suspensión, para pasar a hacerlas de modo ambulatorio.
- La participación en talleres para promover hábitos dietéticos, higiénicos y de control de la salud.
- La participación en talleres de autoayuda con la finalidad de que puedan acabar gestionándolos los propios pacientes.

Para acabar queremos destacar que concebimos el proyecto con la flexibilidad metodológica suficiente como para que todos los miembros del mismo participen tanto en el trabajo ambulatorio, como en el trabajo de campo: domicilios, pisos tutelados por Càritas, acompañamientos, etc. ya que consideramos que cualquier intervención de uno de los miembros del equipo dentro del cumplimiento de los objetivos de un plan es en sí misma terapéutica.

Esta flexibilidad nos ha permitido también adaptarnos al tipo de demandas que nos han llegado estos últimos años en las que se aprecia un aumento significativo de población inmigrante (hablamos de casi un 40% de las demandas recibidas) y hemos debido de ampliar el perfil bio-psico-social clásico con el que se trabajaba con las aportaciones de la transculturalidad provenientes de la antropología y la sociología.

En la mayoría de estos casos más que hablar de TMS, aunque también los hemos encontrado, hablamos de crisis de adaptación por el proceso migratorio en las que nuestra intervención se ha centrado en trabajar el duelo migratorio y la adaptación a la nueva realidad sociofamiliar con las que se encuentran los recién llegados.

La valoración que hacemos, después de estos diez primeros años, es muy positiva ya que hemos conseguido una adherencia al tratamiento de un 80% aproximadamente, lo que se ha traducido en una mejora sintomática importante que ha permitido, a su vez, progresos significativos en el trabajo social de estos pacientes que es el objetivo principal de nuestra institución.

También destacamos que las escalas de satisfacción que pasan nuestros usuarios anualmente, desde hace dos años, dan un alto grado de satisfacción tanto en nuestra intervención como en el grado de mejoría de su salud y calidad de vida.

Joan Bas Moduit
Psicólogo
(jbas@caritasbcn.org)