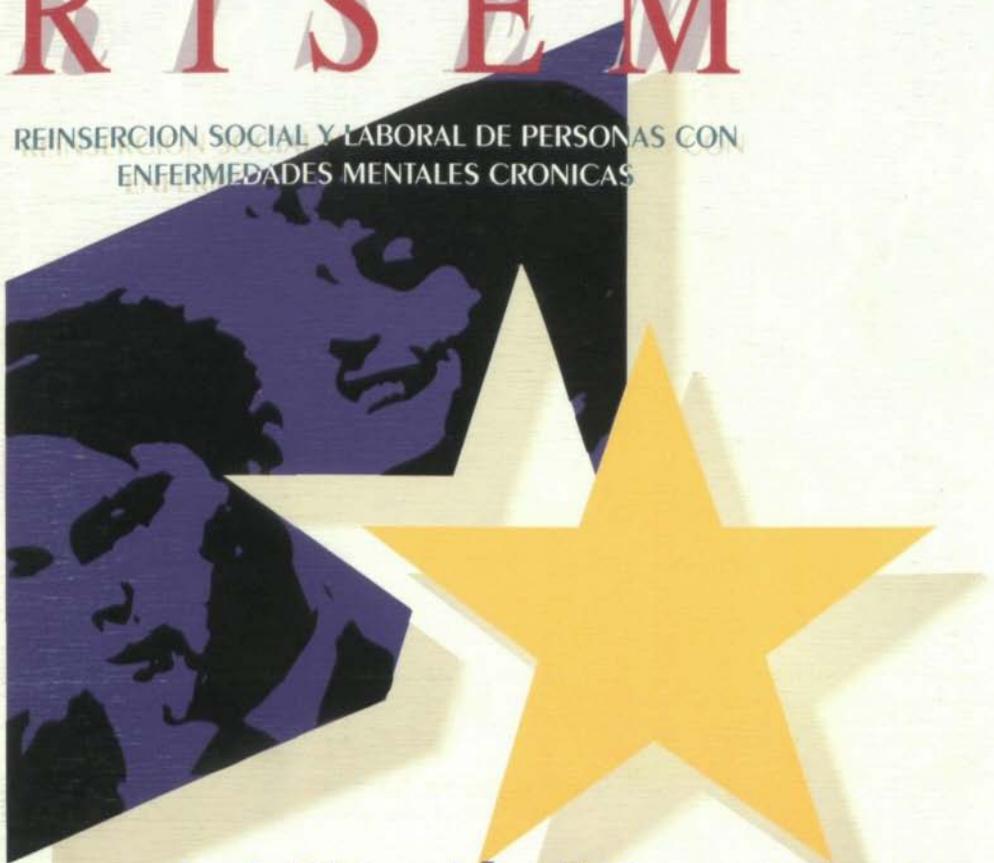


INICIATIVA EMPLEO
PROGRAMA HORIZON II - MINUSVALIDOS

R I S E M

REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL DE PERSONAS CON
ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS



**La rehabilitación laboral de las
personas con enfermedades
mentales crónicas en
la comunidad (II)**

La rehabilitación laboral de las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II)

AUTORES Y PONENTES

Santiago Rodríguez Rodríguez

Santiago Rodríguez Rodríguez

J. M. Sánchez

Argemiro Rodríguez

Luis Sánchez Rodríguez

Rogelio Vázquez

Luis Calleja Rodríguez

Carmen Castiella

Alfonso Vázquez

Thomas Engelmeier

Luis Sánchez Rodríguez

Agustín Chantre

Fernando Zambrano

La rehabilitación laboral de las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II)



EDITA:
PROYECTO RISEM.

PROMUEVEN:

Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias, Fondo Social Europeo y los Ayuntamientos de la Comarca Sur de Gran Canaria (Agüimes, Ingenio, San Bartolomé de Tirajana, Mogán, Santa Lucía).

© 1997 Proyecto RISEM
C/. Escorial, 7 - 35110 Vecindario - Gran Canaria (España)
I.S.B.N.: 84-8498-178-9
Depósito Legal: GC 160-1997

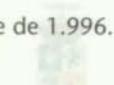
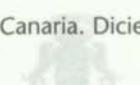
Reservados todos los derechos.

No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea este mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del autor.

Impresión: Imprenta Papelería San Rafael

Printed in Spain

Gran Canaria. Diciembre de 1.996.



Presentación	9
Prólogo	13
Introducción	15
Parte I	
Aspectos Generales	
La Situación Laboral de la Comarca Sur de Gran Canaria	17
Francisco Zumaquero	
La Rehabilitación Psicosocial y Laboral en el Contexto de la Transformación Asistencial	19
Francisco Rodríguez Pulido	
La Experiencia de la Rehabilitación Laboral a Nivel Mundial	22
J. M. Bertolote	
La Rehabilitación Laboral y los Servicios de Salud Mental	26
Angelo Barbato	
El Concepto de Rehabilitación Laboral	27
Luis Salvador Carulla	
La Rehabilitación Laboral: su Proceso y Evaluación	33
Reyes Velázquez González	
Los Estudios de Coste en la Esquizofrenia	35
Luis Gaité Pindado	
Parte II	
Las Experiencias de Inserción Sociolaboral	
Las Cooperativas Sociales	37
Carmen Candido	
El Modelo de Casas Club	40
Mika Vuorela	
La Empresa Social	41
Thomas Emmenegger	
Las Sociedades Limitadas. La Fundación Andaluza para la Integración Social y Laboral de Enfermos Mentales	43
Ladislao Lara	
El Empleo Competitivo	50
Agustín Ozamiz	
El Proyecto Reinserción Social y Laboral de las Personas con Enfermedades Mentales Crónicas (RISEM)	59
Santiago Rodríguez Hernández.	

30	El Empleo Competitivo	Agustín Garrigó
33	Integración Social y Laboral de Enfermos Mentales	Las Sociedades Unidas, La Fundación Andaluza para la
41	La Empresa Social	Thomas Brümmerger
46	El Modelo de Cares Clubs	Alfonso Vázquez
57	Las Experiencias de Inserción Sociolaboral	Parte II
62	Los Estudios de Casos en la Espoliación	Luis Calle Fontecha
63	La Rehabilitación Laboral: su Proceso y Evaluación	Réyer Méndez González
67	El Concepto de Rehabilitación Laboral	Luis Zaldívar García
72	La Rehabilitación Laboral y los Servicios de Salud Mental	Angelo Barbato
75	La Experiencia de la Rehabilitación Laboral a Nivel Mundial	J. M. Barriola
79	Transformación Asociencial	Fernando Rodríguez Pardo
83	La Rehabilitación Psicosocial y Laboral en el Contexto de la	Fernando Zúñiga
87	Aspectos Generales	La Situación Laboral de la Comunidad de Castilla-La Mancha
91	Parte I	de la Comunidad de Castilla-La Mancha
92	Introducción	
93	Prólogo	
94	Presentación	

PRESENTACIÓN

En nombre de los cinco Ayuntamientos participantes, saludos y buenos días. En primer lugar les quería dedicar unas palabras de bienvenida al municipio de Santa Lucía con motivo de este curso de Rehabilitación de las Personas con Enfermedades Mentales Crónicas en la Comunidad.

Este curso, entendemos que constituye un elemento o una actividad muy importante en el programa de desarrollo del RISEM. El RISEM, que, como se ha planteado, es un proyecto integrado en uno de mayor ámbito a nivel europeo y es un proyecto en el que los cinco Ayuntamientos del Sur de Gran Canaria hemos decidido implicarnos a fondo, de manera directa y abiertamente en una experiencia que no es lo habitual en el tratamiento de las enfermedades mentales crónicas.

Es evidente la importante repercusión social de las Enfermedades Mentales Crónicas, especialmente en lo relativo a la convivencia social y a la vida o las condiciones de vida en las que se desarrolla nuestra familia. Según las estadísticas, aproximadamente el 1% de la humanidad padece enfermedades mentales crónicas, lo que supone que, sólo en los cinco municipios del sur de la Isla de Gran Canaria, existiría un promedio de enfermos mentales que superaría el orden de las 1.300-1.400 personas. Sin duda es también evidente la repercusión de orden económico que estas enfermedades tienen en nuestra sociedad, especialmente por el rendimiento laboral disminuido que las mencionadas enfermedades acarrearán en nuestro tejido económico.

Sin embargo, es necesario decir que allí donde exista marginación, bien individualizada o marginación con carácter colectivo, tenemos la obligación ineludible de realizar un trabajo de solidaridad y reinserción que tenga como destinatarios a los que disponen de menos posibilidades, a los que están más indefensos o más desprotegidos. Sin duda, los enfermos mentales crónicos demandan este trabajo de solidaridad y de reinserción por parte de todas las administraciones que inciden en la vida y organización de nuestra sociedad, y ello debe hacerse de manera coordinada e implicando a la propia sociedad de cada lugar. Este curso, este programa, es una demostración rotunda de que las instituciones locales

queremos seguir abordando y afrontando los problemas inmediatos y urgentes de la población, lo que nos sitúa en la posición de reivindicar más medios, especialmente económicos, para desarrollar nuestra tarea.

Nos configuramos como un agente de interlocución activa imprescindible que nadie debe ignorar en el problema de la reinserción de los enfermos mentales crónicos; las instituciones locales, los ayuntamientos, queremos tener un papel de interlocutor válido al que no estamos dispuestos a renunciar.

Desde los cinco Ayuntamientos del Sur de Gran Canaria queremos hacer un llamamiento a toda la sociedad, ya que podemos asumir y colaborar en la reinserción de unos colectivos que la propia sociedad margina y que no se marginan ellos voluntariamente. Especialmente demandamos una colaboración a nuestro tejido empresarial y a nuestro entramado social en todos sus niveles; no podemos ni debemos desentendernos de las bolsas de marginación en una sociedad que pretende configurarse armónicamente e integradora; en este supuesto, las enfermedades mentales crónicas son bolsas de marginación que nuestra práctica social nos lleva a marginarlas y que necesitamos responsabilizarnos colectivamente de estas personas, de tal manera que los enfermos mentales crónicos dejen de ser un patrimonio o un tratamiento hegemónico de los psiquiatras; son enfermos que necesitamos abordar desde todos los ámbitos de la sociedad.

Demandamos una actuación sostenida una vez concluya el Proyecto RISEM, pues esta problemática no va a desaparecer con el propio programa. El Proyecto RISEM no puede ser flor de un día o, en este caso, flor de tres años; por eso demandamos y exigimos una actuación sostenida una vez haya concluido este proyecto. Esta demanda la queremos centrar en cuatro aspectos que consideramos fundamentales:

- a) Demandamos medios e instrumentos necesarios para la identificación del problema, para la evaluación y para su seguimiento.
- b) Demandamos infraestructura adecuada de atención sanitaria y social.
- c) Demandamos recursos económicos necesarios para desarrollar una atención adecuada a los enfermos mentales crónicos.
- d) Y por último, demandamos acciones y programas permanentes de atención a estos colectivos, especialmente en la consecución de puestos de trabajo.

Finalmente, para terminar esta intervención, queremos que esta breve experiencia, si resultase válida, podamos trasladarla al resto de la Comunidad Autónoma Canaria. Estamos llevando a cabo una experiencia pionera en Canarias y nuestros deseos y nuestro trabajo debe encaminarse a que se configure como alternativa válida, que pueda ser trasladada al resto de la Comunidad Autónoma Canaria.

También, desear que estos días de trabajo sean una esperanza para los enfermos mentales crónicos; que los trabajos de esta semana se conviertan realmente en un elemento de avance en la atención a los enfermos mentales crónicos. Finalmente, necesitamos también entusiasmarnos en la construcción de respuestas de solidaridad con las situaciones de marginación y la situación de los enfermos mentales crónicos es una de ellas; asimismo, agradecer profundamente la cualificada participación en este curso que pone de manifiesto la trascendencia del trabajo que estamos afrontando. Por ello, en nombre de los cinco Ayuntamientos participantes en el Proyecto RISEM darles la bienvenida. Muchas gracias y que este curso sea del máximo provecho para nuestra sociedad canaria. Muchas Gracias.

Discurso realizado por el Ilustrísimo Sr. Alcalde del Ayuntamiento de Santa Lucía, en nombre de los cinco Alcaldes de la Comarca Sur, en el acto de presentación del Proyecto RISEM, **D. Camilo Sánchez Benítez.**

El curso de rehabilitación laboral de las personas con una enfermedad mental crónica, representa un interés manifiesto, no solo por ser una nueva publicación especializada, sino porque se evidencia realmente un nuevo estilo de trabajo, donde la palabra sustituye a la escritura. Esta iniciativa es un buen ejemplo de cómo rentabilizar la utilización de unos recursos públicos y de eficiencia, al no permitir que las sabias y académicas palabras de esos días de trabajo no se pierdan en los mundos del Tesoro Víctor Jara, sino que concuerden en el papel y en nuestras mentes para el futuro a través de esta publicación masiva.

Espero que este esfuerzo, que ha pasado de nubes a realidad, sea útil a todos para mejorar las minivalías y las discapacidades como consecuencia de una enfermedad mental, pues, en este proceso de inserción socio-laboral todos somos imprescindibles.

• Marcial Morales Martín

Dtor. Gral. de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias

El presente informe es el resultado de un estudio de campo realizado en el Hospital General de la Ciudad de México, con el fin de identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud. El estudio se realizó durante el mes de mayo del 2010, con la participación de un equipo de trabajo conformado por el personal de enfermería y psicología del Hospital General de la Ciudad de México.

El estudio se realizó en el Hospital General de la Ciudad de México, con el fin de identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud. El estudio se realizó durante el mes de mayo del 2010, con la participación de un equipo de trabajo conformado por el personal de enfermería y psicología del Hospital General de la Ciudad de México. El estudio se realizó en el Hospital General de la Ciudad de México, con el fin de identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud. El estudio se realizó durante el mes de mayo del 2010, con la participación de un equipo de trabajo conformado por el personal de enfermería y psicología del Hospital General de la Ciudad de México.

El estudio se realizó en el Hospital General de la Ciudad de México, con el fin de identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud. El estudio se realizó durante el mes de mayo del 2010, con la participación de un equipo de trabajo conformado por el personal de enfermería y psicología del Hospital General de la Ciudad de México.

- Identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud.
- Identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud.
- Identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud.
- Identificar las necesidades de atención de los enfermos mentales crónicos que residen en este centro de salud.

Una de las orientaciones básicas de la política de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias para un futuro no muy lejano consiste en ir favoreciendo los cambios necesarios de los actuales roles sociales, con objeto de ir adaptándonos a la realidad previsible de las primeras décadas del siglo XXI, para lo cual es imprescindible profundizar en la búsqueda de alternativas de integración social y laboral para aquellos colectivos más desfavorecidos. Esta publicación, que recoge las experiencias más novedosas en el ámbito europeo en la rehabilitación laboral de las personas con una enfermedad mental crónica, seguramente nos proporcionarán a todos alguna grieta por donde mirar el futuro, en la atención a los enfermos mentales, de otra manera más humana y más integradora.

Ciertamente no es muy frecuente, en el ámbito de las experiencias de inserción socio-laboral de nuestra comunidad autónoma, escribir y comunicar por escrito a los demás los aspectos más relevantes de las enfermedades y/o discapacidades que motivan la atención de los servicios sociales y/o sanitarios. El esfuerzo de escribir el trabajo de reconocidos profesionales, desarrollado al calor del proyecto RISEM, con el objetivo de ordenar los conocimientos, transmitir las experiencias y sensibilizar a la población de la problemática de la rehabilitación laboral de las personas con una enfermedad mental crónica, representa un interés manifiesto, no sólo por ser una nueva publicación especializada, sino porque se evidencia realmente un nuevo estilo de trabajo, donde la palabra sustituye a la escritura. Esta iniciativa es un buen ejemplo de cómo rentabilizar la utilización de unos dineros públicos y de eficiencia, al no permitir que las sabias y académicas palabras de esos días de trabajo no se pierdan en los muros del Teatro Víctor Jara, sino que continúen en el papel y en nuestras mentes para el futuro a través de esta publicación masiva.

Espero que este esfuerzo, que ha pasado de gesto a realidad, sea útil a todos para mejorar las minusvalías y las discapacidades como consecuencia de una enfermedad mental, pues, en este proceso de inserción socio-laboral todos somos imprescindibles.

Marcial Morales Martín

Dtor. Gral. de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias



Una de las orientaciones básicas de la política de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias para un futuro no muy lejano consiste en ir favoreciendo los cambios necesarios de los actuales roles sociales con objeto de ir adaptándonos a la realidad previsible de las primeras décadas del siglo XXI, para lo cual es imprescindible profundizar en la búsqueda de alternativas de integración social y laboral para aquellos colectivos más desfavorecidos. Esta publicación recoge las experiencias más novedosas en el ámbito europeo en la rehabilitación laboral de las personas con una enfermedad mental crónica, seguramente nos proporcionarán a todos algunos gustos por donde mirar el futuro, en la atención a los enfermos mentales, de otra manera más humana y más integradora.

Claramente no es muy frecuente, en el ámbito de las experiencias de inserción socio-laboral de nuestra comunidad autónoma, escribir y comunicar por escrito a los demás los aspectos más relevantes de las enfermedades y/o discapacidades que motivan la atención de los servicios sociales y/o sanitarios. El esfuerzo de escribir el trabajo de reconocidos profesionales, desarrollado al calor del proyecto RISEM, con el objetivo de ordenar los conocimientos, transmitir las experiencias y sensibilizar a la población de la problemática de la rehabilitación laboral de las personas con una enfermedad mental crónica, representa un interés manifiesto, no sólo por ser una nueva publicación especializada, sino porque se evidencia realmente un nuevo estilo de trabajo, donde la palabra adquiere a la estructura. Esta iniciativa es un buen ejemplo de cómo rehabilitar la utilización de unos dineros públicos y de la ciencia, al no permitir que las saberes y académicas palabras de esos días de trabajo no se pierdan en los muros del Teatro Víctor Jara, sino que continúen en el papel y en nuestras mentes para el futuro a través de esta publicación masiva.

Espero que este esfuerzo, que ha pasado de gesto a realidad, sea útil a todos para mejorar las minusvalías y las discapacidades como consecuencia de una enfermedad mental, pues, en este proceso de inserción socio-laboral todos somos imprescindibles.

Marcial Morales Martín
Dir. Gral. de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias

Aspectos Generales

Durante los días del 16 al 20 de Diciembre de 1996 en la Comarca Sur de Gran Canaria, en el Teatro Víctor Jara de Vecindario, se celebró el *II Curso de Rehabilitación Psicosocial*, en esta ocasión dedicado monográficamente a la "Rehabilitación Laboral". Este nuevo curso de carácter internacional, organizado por el proyecto RISEM, al igual que el celebrado el año anterior, forma parte del compromiso diario de dicho proyecto con los objetivos de la inserción social y laboral de las personas con una enfermedad mental crónica.

La carencia de un programa de formación continua en la red pública de la asistencia psiquiátrica, la presencia de ponentes de alto prestigio, la calidad del curso del año anterior y lo novedoso de su contenido han sido factores que hicieron que este curso despertara en el ámbito de la asistencia psiquiátrica y en los servicios sociales de la sociedad insular un notable interés. Esto puede comprobarse en sus más de seiscientas inscripciones y una asistencia regular de más de trescientas personas en todas las sesiones. Esta masiva asistencia y participación es para el proyecto RISEM un reconocimiento a nuestra labor, lo cual agradecemos, y expresa la vocación de nuestro proyecto con la transformación de la asistencia psiquiátrica y viene a representar el fruto de nuestra orientación y de una línea de trabajo sistemática, rigurosa y transparente.

Ciertamente no es muy frecuente encontrar en el ámbito profesional a unos profesionales que de forma pública expongan ante los ciudadanos, después de un año de trabajo con más de 35 personas que sufren de esquizofrenia, sus logros y dificultades, sus objetivos y líneas de intervención, como así hizo el último día el proyecto RISEM. Y más renovador nos parece que este proceso tenga lugar ante la estimulante presencia de los familiares y de los propios enfermos mentales, a los que les expresamos nuestro agradecimiento por su colaboración en las tareas organizativas de todas las sesiones.

El curso ha crecido para todos los niveles de formación, pero lo ha hecho en mayor medida en los niveles más bajos, afectando a las personas sin estudios o estudios primarios.



Prácticamente en esta ocasión dedicado monográficamente a la "Rehabilitación Laboral". Este nuevo curso de carácter intrasectorial, organizado por el proyecto RISEM, al igual que el celebrado el año anterior, forma parte del compromiso diario de dicho proyecto con los objetivos de la inserción social y laboral de las personas con una enfermedad mental crónica.

La carencia de un programa de formación continua en la red pública de la asistencia psiquiátrica, la presencia de ponentes de alto prestigio, la calidad del curso del año anterior y lo novedoso de su contenido han sido factores que hicieron que este curso despertara en el ámbito de la asistencia psiquiátrica y en los servicios sociales de la sociedad insular un notable interés. Esto puede compararse en sus más de seiscientos inscripciones y una asistencia regular de más de trescientas personas en todas las sesiones. Esta masiva asistencia y participación es para el proyecto RISEM un reconocimiento a nuestra labor, lo cual agradezco y expreso la vocación de nuestro proyecto con la intención de la asistencia psiquiátrica y viene a representar el fruto de nuestra orientación y de una línea de trabajo sistemática, rigurosa y transparente.

Ciertamente no es muy frecuente encontrar en el ámbito profesional a unos profesionales que de forma pública expongan ante los ciudadanos, después de un año de trabajo con más de 32 personas que sufren de esquizofrenia, sus logros y dificultades, sus objetivos y líneas de intervención, como así hizo el último día el proyecto RISEM. Y más tenerlo en cuenta que este proceso tenga lugar ante la estimulante presencia de las familias y de los propios enfermos mentales, a los que expresamos nuestro agradecimiento por su colaboración en las diferentes organizativas de todas las sesiones.

PARTE I

Aspectos Generales

En la orientación docente de este curso y de acuerdo a los objetivos de inserción laboral del proyecto RISEM se consideró adecuado contextualizar dicha experiencia en el mundo laboral de los municipios de la Comarca Sur de Gran Canaria, pues, es en los sectores productivos de la zona donde nuestros usuarios, en su mayoría jóvenes, van a buscar y/o encontrar un empleo competitivo.

La Situación Laboral de la Comarca Sur de Gran Canaria

En esta línea, el *Sr. Francisco Zumaquero*, Director General de Trabajo del Gobierno Autónomo nos expuso la *Situación Laboral de la Comunidad Canaria y de la Comarca Sur de Gran Canaria*, enmarcando su intervención en una etapa de transición en el modelo de reproducción de la oferta de trabajo a nivel mundial. Insistió en la complejidad de la solución del problema del desempleo, ya que la experiencia de diferentes países europeos nos demuestra que, por sí sólo, el crecimiento económico y la flexibilidad laboral no generará empleo, presentándose estos factores como una condición necesaria, pero no suficiente, para resolver este problema social. En la Comunidad Canaria, señaló, que creciendo a un ritmo económico superior al 4%, la tasa de desempleo no se ha reducido, duplicando en la actualidad esta tasa a la media europea.

En cuanto a la estructura del empleo, ésta tiene la singularidad de concentrarse bajo la forma de empleo asalariado el 81% de los ocupados, teniendo poco peso los empresarios: 5%, y los autónomos: 14% solamente, lo que resulta escaso, según su opinión, si se tiene en cuenta las peculiaridades de la economía terciarizada y turística, donde la oportunidad para desempeñar trabajos independientes podría ser numerosa, pronunciándose, por favorecer la cultura del trabajo independiente entre los trabajadores de los 18 a los 45 años.

Ahora bien, el nivel de desempleo ha crecido para todos los niveles de formación, pero lo ha hecho en mayor medida en los niveles más bajos, afectando a las personas sin estudios o estudios primarios.

Asimismo, estableció una estrecha relación entre el empleo y la formación, caracterizando la situación actual, por la desconexión de la formación con las necesidades del mercado laboral. En Canarias, sólo un 13% tiene una cualificación alta, existen unos 140.000 analfabetos y 308.000 personas con estudios primarios, lo que sitúa a nuestra población en una baja e inadecuada formación profesional y, por lo tanto, en inferioridad de condiciones para el acceso al mercado laboral. Además un 60% de los canarios que han abandonado el sistema escolar no poseen el graduado escolar y sólo 4 de cada 100 de los canarios en edad de trabajar poseen título de Formación Profesional; y de éstos, tres de cada cinco poseen una F.P.I.

En esta situación global para el conjunto de la Comunidad Canaria, en la Comarca Sur de Gran Canaria, los niveles de paro actual se sitúan en el 14,62%, lo que supone un total de demandantes parados de 7.947 personas, de los cuales 4.446 son mujeres, lo que representa el 56,29%, y los hombres 3.539, el 44,81%. La demanda de empleo de las mujeres entre los 25 y 34 años duplica al número de hombres, estabilizándose en las edades posteriores. El sector de servicios acapara al 70% de la demanda y, dentro de él, las mujeres duplican prácticamente a los hombres. (Véanse las tablas I y II).

TABLA I: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA COMARCA SUR DE GRAN CANARIA A NIVEL LABORAL

Población Activa:	54350	
Población Ocupada:	46403	
Población Parada:	7947	14,62%
Ofertas de Empleo:	70%	Sector servicio

Fuente. Demanda de parados registrados en la oficina del INEM de la Comarca Sur. Septiembre 1.996.

Por último, en relación a las políticas de empleo, hizo especial hincapié en la importancia de favorecer la igualdad de oportunidades en el derecho de acceso al mercado de trabajo, especialmente en los grupos de los jóvenes, las mujeres, los discapacitados y los mayores de 45 años. En cuanto al grupo de los discapacitados físicos y psíquicos, señaló la necesidad de eliminar las discriminaciones negativas existentes,

tanto a nivel legal como en la práctica. En una sociedad en donde el valor del trabajo sigue siendo determinante se hace evidente que no cabe pensar en una integración social de cualquier colectivo desfavorecido que no vaya acompañada de una integración laboral, de un efectivo acceso al empleo. Para cambiar esta situación es necesario continuar con el desarrollo económico canario, la articulación de la formación profesional reglada, ocupacional y continua, la implementación progresiva del PIEC, (Plan Integral de Empleo de Canarias), la aplicación por los agentes sociales de las políticas activas de empleo y favorecer una mayor cualificación de los empresarios.

TABLA II. DISTRIBUCIÓN DEL DESEMPLEO EN LA COMARCA SUR DE GRAN CANARIA SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

DESEMPLEO	TOTALES	VARONES	MUJERES
	14.62%	44.81%	56.29%
GRUPO DE EDAD			
< 20	5.90%	2.58%	3.32%
20 - 39	66.48%	25.24%	41.24%
40 - 49	15.48%	7.31%	8.17%
> 50	14.84%	9.4%	5.44%

Fuente. Demanda de parados registrados en la oficina del INEM de la Comarca Sur. Septiembre 1.996.

La Rehabilitación Psicosocial y Laboral en el Contexto de la Transformación Asistencial

El *Dr. Francisco Rodríguez Pulido*, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna, nos habló de *La Relación de la Rehabilitación Psicosocial y la Rehabilitación Laboral en el Contexto de la Transformación Asistencial*. En la revisión de las definiciones de rehabilitación psicosocial se evidencia que no existe una definición que satisfaga a todos los autores; no obstante, hay características técnicas esenciales que son comunes a todas ellas al postular el aumentar o mejorar la competencia, las habilidades y capacidades de los individuos, su socialización y autonomía personal y una integración lo más

normalizada posible. Y esto puede estar referido a los ambientes: laboral, social, y familiar. Así pues, insistió en su intervención en el reconocimiento de que la rehabilitación psicosocial es un abordaje terapéutico y no una manera de entretener o una suma de actividades. Esta conceptualización implica, por un lado, que, al igual que la psicofarmacología y/o la psicoterapia como técnicas producen beneficios, están indicadas para determinados sujetos y/o enfermedades y producen en ocasiones efectos indeseables si no se manejan adecuadamente, si se coloca a la rehabilitación psicosocial en ese mismo nivel, tendríamos que ir evidenciando sus beneficios, sus indicaciones y sus contraindicaciones. Y por otro lado, si se reconoce que es un abordaje terapéutico, los servicios sanitarios también tienen una responsabilidad en su oferta pública, por lo que habría que delimitar con la administración de los servicios sociales la corresponsabilidad en la rehabilitación psicosocial, en la caracterización de cada recurso y ahondar en el propio concepto de recurso, pues, en muchas ocasiones, la comunidad se mueve con recursos económicos limitados, pero en recursos materiales suficientes para crear y movilizar espacios alternativos. Por lo tanto, hay que mirar a la rehabilitación psicosocial como la prevención terciaria de los trastornos mentales, cuyo marco conceptual de trabajo se basa en el modelo biopsicosocial, mostrándose el modelo médico tradicional insuficiente para abordar las discapacidades resultantes de las enfermedades mentales.

La rehabilitación psicosocial es una herramienta de carácter estratégico para convertir en realidad la promesa de la desinstitutionalización psiquiátrica bajo la óptica del realismo, de las expectativas, de acuerdo a la edad y el sentimiento y satisfacción de los pacientes. La rehabilitación psicosocial no es un fin en sí mismo, ni el realizar actividades por actividades, ni entretener al paciente para entretenernos, ni depositar al paciente en un nuevo lugar, sino un complejo proceso que a nivel global promueve la dignidad de las personas, favorece los derechos civiles, ayuda a promover la riqueza de la diversidad y a romper con la estigmatización social que representa la enfermedad mental. Nos aproximamos a este objetivo estratégico sólo si se dan las siguientes condiciones: 1.- la garantía de la continuidad de los cuidados asistenciales, 2.- la elaboración de planes individuales y flexibles de baja intensidad, 3.- la integración de los recursos sociales y de los servicios sanitarios, 4.- la integración de los equipos, las terapias y los recursos en una misma dirección, 5.- la movilización de los recursos de la comunidad con la comu-

nidad, y 6.- la colaboración y apoyo mutuo de los agentes sociales. Véase la siguiente ilustración, (elaboración propia):

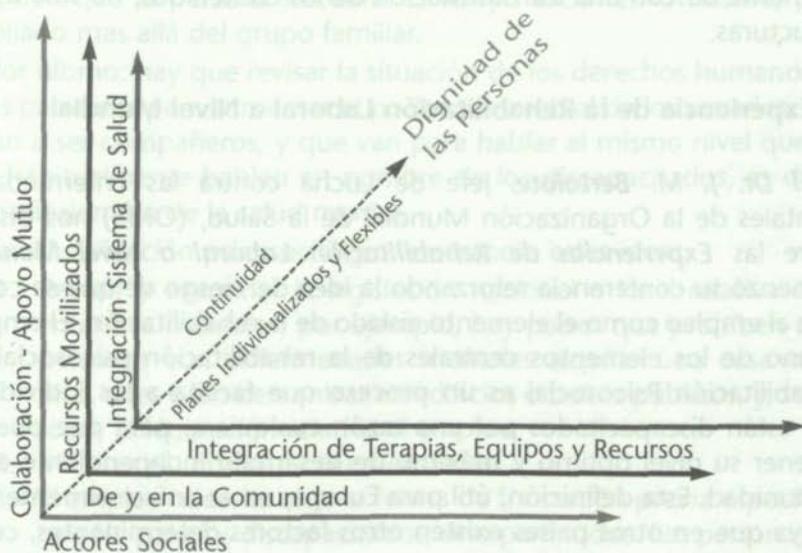


Gráfico de los Componentes de la Rehabilitación Psicosocial

Por último nos habló de los problemas de los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, cuando ésta se realiza, con la carencia de recursos comunitarios alternativos, (Síndrome de la puerta giratoria, Síndrome de las grietas del sistema), que conlleva a depositar a los pacientes en otros lugares, recibiendo en éstos una asistencia similar, cuando no peor, a la de los hospitales psiquiátricos, (transinstitucionalización). Así mismo, en ésta última década ha habido una gran dificultad de los servicios sanitarios públicos de adecuar la oferta asistencial a la nueva segmentación de la población de pacientes, ("nuevos crónicos", "nuevo grupo de pacientes de larga estancia", "grupos de pacientes difíciles de colocar"), coincidiendo esta segmentación con la aparición simultánea de las "personas pobres y sin hogar", no atribuible exclusivamente a la vuelta de los pacientes a la comunidad. A su vez, los procesos de desinstitucionalización, tal como reconoce el TAPS, (Team for the Assessment of Psychiatric Services: Equipo de Evaluación del Servicio Psiquiátrico), se han llevado a cabo con una escasez de estudios de resultados longitudinales bien diseñados. Finalmente seña-

ló que hablar de las dificultades de un proceso de transformación de la cultura asistencial no puede convertirse en un problema para los que realmente desean una transformación de los contenidos, no sólo de las estructuras.

La Experiencia de la Rehabilitación Laboral a Nivel Mundial

El Dr. J. M. Bertolote, Jefe de Lucha contra las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) nos disertó sobre las *Experiencias de Rehabilitación Laboral a Nivel Mundial*. Comenzó su conferencia reforzando la idea del riesgo de que se considere al empleo como el elemento aislado de la rehabilitación. El empleo es uno de los elementos centrales de la rehabilitación psicosocial. La Rehabilitación Psicosocial es un proceso que facilita a los individuos, que están discapacitados por una razón cualquiera, para que puedan obtener su nivel óptimo y máximo de desarrollo independiente en la comunidad. Esta definición, útil para Europa, no es universalmente válida, ya que en otros países existen otros factores determinantes, como lo es la relación de los individuos con su grupo social, su familia o su comunidad. En dichos países la rehabilitación psicosocial no sólo se reduce al individuo, sino que se realiza con el grupo familiar; el individuo no existe como tal, sino que existe un grupo social que se identifica como clan, tribu, familia, etc.

Este proceso de rehabilitación tiene como objetivos más generales los que se relatan a continuación: el primer paso es la reducción de la sintomatología de la expresión de la enfermedad; de este modo, no podemos olvidarnos de los efectos indeseables que generan los psicofármacos y de las consecuencias del hospitalismo en los hospitales psiquiátricos. Cuando se reduce la complicación de la vida del paciente con la medicación hay que mejorar las habilidades sociales. Los programas de rehabilitación laboral, cuando se acoplan a los programas de mejora de habilidades sociales, se mejoran sensiblemente los resultados.

Como segundo gran objetivo, añadiríamos que se debería erradicar la discriminación negativa, que sufre esta población a través de las medidas legales, aunque es aún más difícil de modificar el estigma social que depende de las actitudes de la sociedad. La reducción de las barreras legales de la práctica habitual, es lo que permite el acceso al

derecho. Los que se ocupan de la rehabilitación deben apoyar a las familias y tratar que las familias no rechacen a sus parientes y le presten el apoyo que la persona necesita. El apoyo social es lo mismo, pero ampliado más allá del grupo familiar.

Por último: hay que revisar la situación de los derechos humanos de estos pacientes para aumentar el poder contractual de los usuarios, que pasan a ser compañeros, y que van para hablar al mismo nivel que los que habitualmente hablan en nombre de los discapacitados, es decir, los profesionales de la salud mental.

La rehabilitación psicosocial gira en torno a estas ideas:

- 1.- Revisar y examinar la legislación nacional o local relativa a los enfermos mentales, por ejemplo, hay países que prohíben a las personas con enfermedades mentales alquilar una casa o un piso, o les prohíben entrar en edificios o baños públicos, y, sobre todo, la legislación relativa al empleo.
- 2.- Mejorar el control de la enfermedad.
- 3.- El empleo necesita alguna forma de formación previa específica, no sólo para los discapacitados, sino para todos. Las personas sin formación específica tienen unas enormes dificultades para encontrar un empleo. Esta relación empleo y formación es esencial para la empresa social y son ejes centrales del proceso de rehabilitación psicosocial.
- 4.- Apoyo Social.
- 5.- Vivienda; por ejemplo, en el norte de Europa es muy difícil que los pacientes salgan del hospital psiquiátrico porque no hay viviendas para todos.

Se puede funcionar con estos ejes a nivel individual, (es importante ocupar el tiempo libre de los discapacitados). A nivel de los servicios y recursos humanos las estrategias centrales giran en torno a una política de salud mental, la asignación de fondos, la mejora de las instituciones, la capacitación del personal que trabaja con los discapacitados y la garantía de calidad de los servicios, -es un elemento central y característico de la empresa social-. A nivel social: mejora de la legislación, el aumento del poder contractual de los usuarios y lo relacionado con la información y la opinión del público; por ejemplo, el díptico elaborado por el RISEM sobre la esquizofrenia es un ejemplo de una actuación social que ayuda a reducir la discriminación y el estigma, y mejora la

posibilidad de rehabilitación psicosocial.

Si miramos a la rehabilitación laboral específicamente, tendremos que tener en cuenta tres puntos estratégicos centrales: A.- la Legislación; B.- los recursos humanos y financieros; y C.- la Información y la Formación. Sin embargo, a pesar de que la rehabilitación laboral es un elemento central de la rehabilitación psicosocial, hay etapas que son distintas en la rehabilitación laboral. Existen diferentes tipologías de formas de trabajo con personas discapacitadas. La forma más simple es la **laborterapia**, más propia de los enfermos que están en los hospitales psiquiátricos, donde al trabajo en sí se le veía con un poder curativo. Hoy se considera un elemento terapéutico que se agrega a otros. En sí no tiene el poder de curar.

El segundo modelo de trabajo con las personas discapacitadas fue la organización de **talleres protegidos** habitualmente dentro o anexos a hospitales psiquiátricos. Ahí se trataba de imitar un ambiente de trabajo similar al trabajo ordinario. Esto llevó a plantear varias cuestiones, por ejemplo, la cuestión de la remuneración económica, que generalmente no reciben ninguna. Incluso, expresó, hoy existen como museos en los hospitales psiquiátricos talleres protegidos; la gente trabajaba todo el día, casi como en trabajos forzados. No había otra intervención más eficaz porque se creía inmensamente en el poder de un taller protegido.

Otro modelo desarrollado posteriormente es el **empleo de transición** cuando se veía que las personas estaban en condiciones de trabajar por efecto de la laborterapia, los talleres protegidos, o mejora natural de la persona, se crearon agencias de empleo de transición, que se encargan de buscar empleo en algún lugar donde enviaban a las personas a trabajar, bajo una supervisión muy de cerca. Es una modalidad de trabajo muy individualizada y gerencialmente muy cara.

Luego surge el **empleo protegido: empleo supervisado y empleo apoyado**. Estas modalidades de empleo son diferentes a las demás; habitualmente no están vinculadas a los hospitales psiquiátricos, es un empleo casi normal. Su característica central es que conjuntamente, en proporciones más o menos equivalentes, trabajan personas no capacitadas con personas capacitadas. Es una modalidad que tiene un producto que tiene que ser producido según las reglas del mercado.

Y la modalidad más cercana a nosotros es el **mercado laboral ordinario**. En este mercado trabajan del 10 al 20% de personas con enfer-

medades mentales, lo que no quiere decir que estas personas enfermas sean discapacitadas. El hecho de que la persona tenga una enfermedad mental no significa que sea una persona discapacitada, pero si es discapacitada por una enfermedad mental hay que proporcionarle una atención.

Estas formas de trabajo pueden organizarse según la estructura económica. Podemos hablar de empresas estatales, del sector privado y de la empresa social. Las empresas estatales: la mayoría de la laborterapia y de los talleres protegidos son estatales, ligados a hospitales psiquiátricos y/o hospitales privados, pero, como no hay remuneración, éste forma parte del sector del bienestar social y no del empleo real. En el sector privado hay dos modelos de empresas: las empresas privadas que se organizan como sociedades anónimas y sociedades limitadas y las cooperativas. La Legislación local y/o nacional es la que nos va definir las ventajas o dificultades de desarrollar una u otra iniciativa. Por ejemplo, en Italia han tenido un importante desarrollo las cooperativas, debido a que existe todo un cuerpo legislativo que favorece su creación, su apoyo financiero y técnico y la reducción de costes sociales. Los profesionales de la salud mental de Trieste supieron aprovechar esta legislación que existía desde final de la segunda guerra mundial. En EE.UU. estas iniciativas de cooperativas fracasaron, excepto una compañía de farmacéuticos dirigida por discapacitados.

Finalmente profundizó en la modalidad de **empresa social**. Es un concepto reciente, que no tiene nada que ver con la división de empresas señaladas anteriormente. La empresa social tiene una finalidad política que se puede organizar siguiendo el modelo de las cooperativas, o de las sociedades anónimas o sociedad limitada, o incluso una empresa estatal. La característica esencial de la empresa social es que busca, al contrario que una empresa privada cualquiera, una unión sinérgica entre el sector del bienestar social y el sector laboral del trabajo. Por eso afirmó que es una declaración política, se quiere cambiar la sociedad, los proponentes no están satisfechos con lo que existe, ni con el sector de empleo, ni con el sector del bienestar, que al juntarlos se provoca transformaciones en los dos sectores. En la empresa social la formación y el empleo siempre están juntos. Y en las mismas siempre hay una diversidad de actividades, de tal forma que el discapacitado encaje en cualquiera de ellas. Esto requiere una gran agilidad y habilidad gerencial. La otra característica de la que se ocupa la empresa social es la cali-

dad, referida al producto: de dónde se obtiene el producto y la calidad del servicio que se presta con este producto. No se dispone a producir algo que no tenga un valor social percibido como tal por la sociedad. El producto, que por ejemplo ofrece un bar, tiene que ser distinto, de mayor calidad que en otros lugares. Poner flores naturales y no otras confeccionadas con plástico en un hotel de empresa social indica calidad. La calidad de la atención marca muchísimo la experiencia de la empresa social.

La Rehabilitación Laboral y los Servicios de Salud Mental

El *Dr. Angelo Barbato*, Director del Antonini Psychiatric Center, nos habló sobre la *Conexión entre los Servicios de Salud Mental y la Rehabilitación Laboral*. Insistió en la importancia de la vinculación de la rehabilitación psiquiátrica con el proceso de rehabilitación y que la esquizofrenia impone una carga pesada a la capacidad laboral de las personas, por lo que se han desarrollado una diversidad de intervenciones de rehabilitación laboral durante los últimos veinte años, con el fin de aumentar las habilidades y capacidades laborales de las personas con este trastorno. Más adelante, en su exhaustiva revisión de la literatura científica sobre la eficacia de las diferentes estrategias de rehabilitación, nos mostró que, por un lado, ayudar a la gente con una enfermedad mental grave a conseguir trabajo competitivo que esté en correspondencia con sus preferencias laborales explícitas aumenta la satisfacción laboral y la permanencia en el trabajo, el doble de tiempo, que los que trabajaban en ámbitos que no eran de su agrado. Más adelante afirmó que era más probable que las preferencias laborales se desarrollen o cambien mediante la búsqueda de empleo, o ya en su puesto de trabajo, que por medio de los programas de formación pre-laboral. Y, por otro lado, que la mayoría de los programas de rehabilitación laboral tienen una influencia positiva en las actividades relacionadas con el trabajo, pero también, que han dejado de mostrar importantes impactos permanentes en el empleo independiente y competitivo. Avances recientes sobre el empleo con apoyo sugieren que la rehabilitación laboral ofrece un mayor compromiso que los acercamientos de baja intensidad, como el empleo protegido y transicional. Por último reconoció que la rehabilitación laboral también podría ejercer influencias positivas en los resultados clínicos, tales como, el cumpli-

miento de la medicación, la reducción de los síntomas y el número de recaídas. Y propuso la inclusión de especialistas en el empleo en las plantillas de los centros de salud mental, ya que los programas vocacionales dirigidos pueden ayudar a los usuarios con enfermedades mentales graves a desarrollar las actitudes y las habilidades necesarios para la búsqueda de empleo o ingresar en el empleo competitivo.

El Concepto de Rehabilitación Laboral

El *Dr. Luis Salvador Carulla*, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Cádiz, nos expuso los *Aspectos Conceptuales y de Clasificación de la Rehabilitación Laboral*. Reconoció inicialmente que la rehabilitación psicosocial ha centrado mucho el interés en las habilidades, el contacto afectivo con los demás, pero se dejaba fuera el trabajo como elemento de integración social. Como médicos estamos muy centrados en el control de los delirios, las alucinaciones, sin pensar que hay otros aspectos de la vida del sujeto enormemente importante como es el tema laboral.

Las clasificaciones de trabajo en activo e inactivo, utilizadas por el Consejo Económico y Social o las del INE, para elaborar los datos sobre trabajo y minusvalías, aplicadas al campo de la esquizofrenia no son adecuadas. Por ejemplo, los sujetos que trabajan en una empresa social cuyo salario no llega al salario mínimo interprofesional nunca aparecerían como sujetos ocupados, pero, según el criterio del clínico o del epidemiólogo, sí que serían clasificables como sujetos ocupados. Por otro lado, hay un amplio rango de situaciones en las que puede estar un sujeto esquizofrénico que no nos permite conocer las tasas reales de su situación laboral.

Explicó a continuación los conceptos de tasas: la tasa de actividad, (aquel porcentaje de sujetos activos, desempleados y ocupados, con respecto a cada grupo de edad); la tasa de paro, (el porcentaje de parados con respecto a la población activa en el grupo de edad); la tasa de ocupación, (el porcentaje del total de ocupados, con respecto a la población activa para cada grupo de edad); y la tasa de empleo, (el porcentaje de ocupados respecto al total de grupos de edad). Estas distinciones conllevan que, por ejemplo, pueda ocurrir que, en un momento de aumento de actividad económica, a la vez que aumenta ésta, se produce también un aumento de la tasa de paro; lo que ocurre enton-

ces es que la población, que antes no buscaba empleo porque consideraba que no era capaz de encontrarlo en un mercado saturado y sin expectativas, en el momento en que surgen esas expectativas entra en el mercado laboral como desempleado, buscando activamente empleo. Este tipo de tasas se han intentado aplicar para comprobar cuál es el dintel mínimo a partir del cual una persona con esquizofrenia puede encontrar trabajo dentro del mercado laboral competitivo.

Hay numerosos informes recientes de carácter internacional sobre la situación del mercado del trabajo que nos dicen que nos encontramos en un contexto de: 1.- Alta tasa de desempleo en Europa y grandes desequilibrios de salarios en EE.UU por ser un mercado muy barato, flexible y competitivo. 2.- Internacionalización del mercado del trabajo con la presencia de las multinacionales en el tercer mundo. 3.- Descenso de la demanda de trabajo no cualificado y aumento del sector de servicios, (gran futuro para los servicios dedicados a las minusválidas y/o discapacitados). 4.- Enorme impacto de las nuevas tecnologías en la generación de empleo y en la organización y la distribución del trabajo, presencia de nuevos tipos de trabajo, como la aparición del teletrabajo, trabajo en casa, lo que hace que surjan esquemas de trabajo más flexibles que los tradicionales y contratos a tiempo parcial, tiempo temporal, prácticas, etc. 5.- Tendencias a programas de apoyo y de emplazamiento a los trabajadores que cambien de sector productivo. 6.- Inversión en educación y en adquisición de nuevas habilidades. Las empresas con futuro son las empresas con un menor número de trabajadores, que sean capaces de reaccionar y muy flexibles al entorno y para cambiar el tipo de servicio que oferta dentro del mercado y, por otro lado, hay un cambio en la organización hacia estructuras más horizontales. Los técnicos informáticos y de telecomunicaciones serán la élite del mercado laboral. Y un cambio de horario no fijo con un aprendizaje constante. Todo esto tenemos que tenerlo en cuenta en la planificación de la producción de trabajo para las personas con discapacidades psíquicas.

El impacto del desempleo en la población hay que tenerlo también en cuenta porque las mujeres se adaptan mejor a estas nuevas situaciones y están mejor preparadas para ello y, en las clases sociales más bajas, en las áreas metropolitanas, existen bolsas de desempleo crónico entre varones. Éste tiene menos posibilidades de contraer matrimonio, más posibilidades de comportamiento violento y todo ello lleva a una

espiral de desempleo, desadaptación, familias rotas, deficiente escolarización. Los Estados se están planteando determinar políticas sociales destinadas a ese grupo de población. Esto nos indica que también el papel del trabajo puede jugar aspectos diferentes en la situación actual de la sociedad occidental en función del sexo y, por otro lado, en la cohesión social de los grupos con más privación socioeconómica. Así pues, nos encontramos en una situación compleja en el mercado laboral y, si todos estos factores están repercutiendo en la población general y estamos hablando de que ocasionan secuelas enormes en determinados grupos sociales en la población sana, nos preguntamos ¿qué no va a ocurrir en la población enferma?. En este contexto, los pacientes psiquiátricos discapacitados tienen como consecuencia de su enfermedad: una mayor posibilidad de estigmatización dentro del trabajo, una mayor posibilidad de ser culpados por su bajo rendimiento o de ser despedido que cualquier otro sujeto con otra discapacidad. Generalmente, pronosticó, el sujeto con discapacidad psiquiátrica va ser culpado de su no rendimiento laboral.

Juan Pérez Marín y Anthony A. Black hacen referencia a la situación del empleo dentro de las enfermedades psiquiátricas en comparación con el trabajo para el retraso mental. El campo del empleo en el retraso mental lleva una ventaja de cerca de 15 años con respecto al campo de la salud mental. Hay muchas cosas que ya están hechas en el campo del retraso mental y estamos repitiendo algunas de las ventajas y algunos de los problemas. Los trastornos psiquiátricos se sitúan en una prevalencia entre el 20% y el 30%, mientras que la prevalencia en el retraso mental es del 1%. En situación de minusvalía psíquica, (incapacidad para desarrollar los roles de supervivencia), están todos los sujetos con retraso mental, mientras que la proporción en los trastornos psiquiátricos es menor, pero, como mínimo, el número de sujetos es el doble que aquéllos que tienen retraso mental. Este desfase entre los dos es debido a que las familias de las personas que tienen un retraso mental desde la infancia son más conscientes de que tienen un problema, están altamente motivadas, son jóvenes dentro del mercado laboral y que van a hacer lo posible para ayudar a sus hijos a integrarse en la sociedad. En el caso de las personas que tienen una esquizofrenia, la enfermedad empieza cuando tiene aproximadamente unos veinte años y, cuando se presenta la discapacidad, unos veinticinco; sus padres son mucho más mayores, están saliendo del mercado laboral y tienen

menos capacidad de asociación y de intervención. No obstante, las familias se están implicando últimamente en este proceso, pero, en nuestro país es muy reciente. El Asociacionismo en el retraso mental tiene una mayor tradición y una cobertura social más amplia. Los antecedentes de empleo con apoyo son mucho mayores en el campo del retraso mental.

Las características y las necesidades de formación y empleo en el caso del retraso mental tiene un ámbito muy restringido, mientras que en los trastornos psiquiátricos tienen un campo enormemente amplio. En el caso de EE.UU., en estimaciones efectuadas en 1.990, se comentaba que la tasa de población en activo, en desempleo u ocupada, con enfermedades psiquiátricas graves y crónicas, oscilaba entre 16-32%, la tasa de empleo estaba entre el 10-26% en trabajos no cualificados, (más sensible a los cambios que se están produciendo en los países occidentales), y las tasas de empleo en programas vocacionales en EE.UU. se situaba entre el 30-60%. Una proporción muchísimo mayor de la que tenemos en nuestro país. La tasa de mantenimiento del empleo en seis meses eran del 60%, quiere decir esto que prácticamente el 50% de las personas al cabo de seis meses habían perdido ese empleo que habían conseguido. En 1972 se estimaron, en un estudio ya clásico, las tasas de desempleo críticas que permitirían acceder al mercado laboral ordinario a pacientes con minusvalías psíquicas, por debajo de la tasa general de desempleo crítica del 2%; eso quiere decir que, por encima de una tasa de desempleo, es muy difícil colocar al sujeto dentro del empleo normal y que hay un techo en la incorporación del minusválido psíquico, según la tasa general del desempleo del 6%. Eso quiere decir también que, de acuerdo a las tasas de desempleo en Europa, la colocación de este tipo de sujetos en el mercado normal es enormemente compleja. Pero, si esto es así, por criterio de equidad social es necesario compensar a través de programas esa situación que ofrece el mercado laboral competitivo.

Hay que crear programas especiales de promoción de empleo dentro del campo de las minusvalías psíquicas y, por criterio de equidad social, es necesario compensar esa situación que ofrece el mercado laboral competitivo. Existe una serie de recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo sobre promoción de empleo para minusvalías psíquicas, (1953, 1991), y para esquizofrenia, (Suecia, 1995). Hay leyes como: "American with Disability Act", que es la ley que

en los EE.UU enmarca los apoyos a los sujetos con minusvalía y que se ocupa directamente de esas necesidades de promoción de empleo, y otros documentos en Europa que tratan específicamente de este tema, como el Programa Helios, como el documento de Rotterdam de 1.991 y actualmente se está elaborando por dicho programa una serie de recomendaciones presentadas recientemente en Viena. En el Estado Español contamos con la LISMI, que promueve una cuota de empleo para discapacitados según el número de trabajadores de las distintas empresas. Estas normativas no se han cumplido en ningún país, quizás sólo en Alemania y en los Países Escandinavos, porque contrastan tanto con el mercado competitivo que no conllevan situaciones prácticas.

▫ ¿Cuál es el tipo de programas de empleo que podemos promover para la población con minusvalías psíquicas?. Tenemos una enorme cantidad de programas. La clasificación de estos programas laborales se queda antigua de un año para otro. La flexibilidad del mercado laboral, la iniciativa y las nuevas formas son tan complejas y distintas que no permiten crear una clasificación general de las posibilidades que tenemos. Podemos decir que hay programas de búsqueda de empleo como: los de asesoramiento vocacional; club de trabajo; el entrenamiento; programas de provisión de empleo, como el empleo con apoyo, el empleo competitivo, etc.; programas mixtos, a caballo entre los dos, como: los talleres ocupacionales, el empleo de transición, el trabajo prelaboral; y programas nuevos como: las empresas sociales, las empresas afirmativas, (que, a diferencia de las empresas sociales, , los sujetos cobran como mínimo el salario mínimo interprofesional), y las empresas que promueven nuevas iniciativas, (Promi en Cádiz).

▫ En la generalización de los programas de reinserción social y laboral se tiene que tener en cuenta la situación social, económica y laboral de las zonas y estandarizar una metodología común para ser evaluables. Estos programas serían extensibles, no sólo a las personas con esquizofrenia, sino también a los trastornos graves de la personalidad, los trastornos bipolares graves, los trastornos obsesivos compulsivos graves y ocasionalmente puede ocurrir en los trastornos del ánimo y los trastornos de ansiedad. Estos serían pacientes que presentarían una situación de minusvalía psíquica y programas laborales específicos. Pero también puede ocurrir que haya pacientes psiquiátricos necesitados del apoyo para la vuelta y la preservación del trabajo. Por ejemplo, hay pacientes esquizofrénicos que están en condiciones de entrar en el mercado labo-

ral normal, pero que por determinadas circunstancias no lo pueden hacer; a éstos los debemos distinguir de aquellos sujetos que necesitan de un programa altamente estructurado de inserción sociolaboral.

Por otro lado, surgen programas, como el programa DART en EE.UU, para la evaluación de los problemas del trabajo en sujetos con depresión, con el que se ha comprobado que, con el foco de la esquizofrenia, nos habíamos olvidados de la gran cantidad de problemas de funcionamiento laboral de otros grupos de enfermos psiquiátricos; o como el programa que hemos desarrollado en Cádiz, que pone de manifiesto las posibilidades del apoyo individual al sujeto a través de una "psicoterapia laboral" que le permita afrontar el trabajo. Aparte de estos trabajos están los de prevención de trastornos psiquiátricos en el medio laboral y programas específicos existentes para conductas adictivas. Los "nuevos crónicos" no aceptan los servicios tradicionalmente desarrollados para la desinstitucionalización psiquiátrica de los viejos pacientes del hospital psiquiátrico, porque no se adaptan a sus necesidades. Los pacientes que nunca han estado hospitalizados no aceptan participar en recursos orientados para pacientes crónicos.

La necesidades de prevención del estrés es importante en la prevención de la recaída de la esquizofrenia en el ámbito laboral. Muchos programas están focalizados en temas laborales, olvidando que los sujetos tienen numerosas necesidades, como las de ocio, o las "necesidades de retiro". El Consejo Económico y Social en 1986, (INE), nos aportó los datos que indicaban que la proporción de actividad general de los sujetos con deficiencias psíquicas es del 25.8%, mientras en el conjunto de los sujetos con retraso mental es del 14.3%, y en enfermedades mentales el 25.8%. Sin embargo, la tasa de ocupación en retraso mental es del 48.3%, y del 54.3% en sujetos con enfermedades mentales; las tasas de paro de 51.7% y 45%, y las tasas de empleo de 6.9% en sujetos con retraso mental, y del 14% en sujetos con enfermedades mentales. Sin embargo, hay problemas en cuanto a la fiabilidad de estos datos.

Hay que demostrar que estos programas no son sólo efectivos, sino también eficientes, que consiguen el mejor resultado al menor coste posible. Como el nivel de población que está empleada es bajo, los costes indirectos relacionados con la pérdida de productividad no son excesivamente altos, pero, los relacionados con cuidados informales, con la necesidad de dedicar horas a esos sujetos por parte de sus fami-

liares, (sobre todo en el caso de Navarra, en donde había una alta provisión de recursos intermedios y baja hospitalización), eran enormes y suponía un aumento marcado del coste global de la enfermedad. Ahora bien, estos aspectos son importantes a la hora de evaluar un programa, pero siempre teniendo en cuenta que un programa para una persona con minusvalías jamás se podrá centrar en los costes del programa, ya que, a veces, hablamos de ganancias intangibles para los sujetos y por un criterio de equidad social, por lo que se requiere dedicar más recursos a esta población que a la población general.

La Rehabilitación Laboral: su Proceso y Evaluación

La *Dra. Reyes Velázquez Martínez*, Profesora Asociada de Psicología Médica de la Universidad de Cádiz, nos habló de la **Valoración Laboral: su Proceso y Evaluación**. En primer lugar definió la evaluación laboral como el proceso de obtención de información sistemático y organizado sobre los conocimientos, destrezas y actitudes que permiten a una persona ser capaz de realizar un trabajo, con la mayor precisión posible, alcanzando, además, una satisfacción personal y material. Todo este proceso debe orientarse a facilitar la toma de decisiones apropiadas en relación a la adecuación a la persona y al puesto de trabajo. Existen dos enfoques de evaluación de las personas discapacitadas: el **enfoque tradicional**, -selección del mejor candidato de acuerdo al nivel de desempeño de los individuos en el test-, y el **enfoque ecológico**, -favorece la evaluación de la persona en el lugar de trabajo teniendo en cuenta un amplio rango de dimensiones y componentes del trabajo-. En éste último enfoque no se excluye a ninguna persona a causa de su minusvalía. Pero, actualmente el modelo propuesto por la Escuela Americana de Recursos Humanos no sólo se centra en el análisis del contexto laboral, sino también en la necesidad de evaluar el contenido del trabajo. Por ello en el **enfoque sistémico**, las personas son vistas como un conjunto de estructuras aptitudinales y de personalidad interrelacionadas entre sí, por lo que en la evaluación se debe poner énfasis en todos los sistemas que influyen en el trabajo para facilitar la adecuación de la persona al puesto de trabajo. Luego, afirmó que la filosofía inherente al enfoque ecológico constituye la base sobre la que se sustenta la conceptualización del empleo, con apoyo en entornos integrados.

La evaluación de las personas discapacitadas no difiere substancialmente en cuanto a sus componentes básicos de la evaluación laboral en personas sin discapacidades. Véase tabla III.

Tabla III

Clasificación de los factores estresantes en el medio laboral

ECOLOGÍA FÍSICA	Ambiente físico	iluminación ruido ambiente térmico vibración y movimiento riesgos: humos, gases, polvos, y partículas radiaciones/fototraumatismos objetos en movimiento riesgo mecánico riesgo eléctrico sustancias incandescentes explosivos grandes alturas proyección de objetos sustancias irritantes
ECOLOGÍA ORGANIZACIONAL	Individuales	roles conflictivos ambigüedad del rol sobrecarga trabajo responsabilidad (por otros) desarrollo de carrera
	Organizacionales	clima organizacional estructura organizativa política de turnos de trabajo falta de cohesión apoyo inadecuado
ECOLOGÍA SOCIAL	Grupales	conflictos ínter e intragrupal relación con compañeros, subordinados y superiores
	Extraorganizacionales	conexiones entre familia y trabajo la familia reubicación económicos/financieros

La variación se perfila en cuanto al orden y a la importancia relativa de cada uno de los componentes y a la filosofía inherente de esta evaluación en los dos tipos de población, siendo necesaria la colaboración conjunta de expertos en ambos campos para la elaboración de protocolos sobre estos aspectos.

Por último centró su intervención sobre las fases de la evaluación laboral. Como el objetivo final de la rehabilitación laboral es la integra-

ción de los discapacitados a través del empleo, resulta importante establecer las fases del proceso para obtener un mínimo de información válida y fiable. La primera fase es el análisis del puesto de trabajo y dentro de él el análisis del entorno laboral. Una segunda fase consistente en la valoración de factores individuales que se relacionan con la competencia en el trabajo y una tercera fase de la adecuación persona-puesto de trabajo. En el proceso de evaluación laboral del individuo con discapacidad se distinguen tres etapas cronológicas: La evaluación preemplazamiento, la evaluación laboral propiamente dicha y la evaluación de seguimiento y/o del funcionamiento laboral. Para cada una de estas etapas existen instrumentos de medidas, siendo especialmente relevantes su utilización, en la primera y tercera etapa. Y no se debe olvidar que los test psicométricos en las personas discapacitadas presentan limitaciones importantes.

Los Estudios de Coste en la Esquizofrenia

El *Dr. Luis Gaité Pindado*, de la Unidad de Investigación de Psiquiatría Clínica y Social de Cantabria, Centro colaborador de la OMS en España, nos habló del *Coste de la Esquizofrenia*. Argumentó inicialmente las razones por las cuales habría que situar a la sanidad y la salud dentro del contexto económico que suele estar presentes en otras áreas de nuestra vida. Defendió que la economía de la salud tiene como finalidad llegar a conocer cuál es el impacto económico y social de las diferentes enfermedades y la relación entre los costes y efectos de las medidas empleadas para su tratamiento. El objetivo final sería ayudar a tomar las decisiones que permitan optimizar la cantidad y calidad de la asistencia psiquiátrica con los recursos disponibles ó minimizar los costes necesarios para obtener un nivel de resultados determinados.

Posteriormente analizó las características positivas y negativas de los diferentes tipos de evaluación económica, referidos a los **estudios de coste de la enfermedad**, (coste de una determinada enfermedad para una sociedad en un determinado período de tiempo), y los **estudios de análisis de coste**. Los estudios de coste de enfermedad pueden realizarse en relación a la incidencia o prevalencia de la enfermedad y se deben incluir los costes directos (sanitarios y no sanitarios), los costes indirectos, (pérdida de productividad del paciente y/o familiares que cuidan al paciente), y los costes intangibles, (dolor, angustia y el sufri-

miento para las familias). Dada la dificultad de valorar en términos económicos los elementos de los costes intangibles no suelen utilizarse en la evaluación económica de la esquizofrenia.

Por último, expuso una revisión de los estudios más recientes sobre la estimación de los costes en la esquizofrenia y de la asistencia psiquiátrica comunitaria. Concluyó que, por las características clínicas de la enfermedad, la esquizofrenia conlleva una alta tasa de hospitalización, alta pérdida de productividad y alto coste psicofarmacológico. Los resultados de los estudios que comparan los costes de la asistencia institucional de la esquizofrenia con los costes de la asistencia comunitaria confirman que la asistencia comunitaria es generalmente más barata que la hospitalaria. Véase la tabla IV:

Tabla IV

Relación de estudios de costes y resultados sobre la asistencia comunitaria en Salud Mental:

Autor, País y Año

Weisbroad et al. (U.S.A., 1980)

Hoult et al. (Austria, 1984)

Marks et al. (U.K., 1993)

Fenton et al. (Canadá, 1979)

Burn et al. (U.K., 1992)

Jackson et al. (U.K., 1993)

Costes/Resultados

Asistencia comunitaria más cara, pero con mejores resultados

Asistencia comunitaria más barata

Asistencia comunitaria más barata

Asistencia comunitaria más barata

Asistencia comunitaria más barata

Los costes fueron similares, pero con mejores resultados

Este menor coste se obtiene reduciendo la duración de tiempo que los pacientes pasan en el hospital, dado que el ingreso hospitalario es el componente más caro de la asistencia. Las innovaciones farmacológicas y los tratamientos comunitarios que disminuyan la duración y la frecuencia de los tratamientos hospitalarios, reduzcan las recaídas y faciliten un regreso a la actividad productiva serán fundamentales para reducir los costes de la esquizofrenia, concluyendo que debemos asumir que la distribución de los costes de la asistencia no van a ser uniformes, porque permanecerán grupos de pacientes hiperconsumidores de recursos.

PARTE II

Las Experiencias de Inserción Sociolaboral

Por otro lado, también valoramos en este curso, la importancia de conocer las ventajas y las dificultades de diferentes iniciativas en sus experiencias reales de rehabilitación laboral con enfermos mentales.

Las Cooperativas Sociales

Desde hace veinte años, en Trieste, Italia, viene desarrollándose la primera experiencia de las *Cooperativas Sociales*. *Carmen Candido*, del Consorzio per l'Impresa Sociale de Trieste, fue la responsable de exponer dicha experiencia. A diferencia de otras cooperativas sociales presentes en Italia, las cooperativas sociales de Trieste están estrechamente relacionadas con la psiquiatría comunitaria iniciada por Franco Basaglia y la desinstitucionalización del hospital psiquiátrico. El principio más novedoso y transformador en el que se inspiran las Cooperativas Sociales se basa en que los recursos están presentes, aunque a veces permanecen ocultos, dentro de los hospitales mentales, las prisiones y otros lugares de marginación, que son posibles de utilizar y aprovechar dentro de una vía económica. Las Cooperativas Sociales, señaló, permiten que las personas discapacitadas tengan derecho a estar enfermas y, al mismo tiempo, rechazar la marginación, asegurándose una vida mejor. Su objetivo no es la rehabilitación, sino asegurar a las personas toda clase de oportunidades con el fin de ganar dignidad en un mundo dominado por el sistema productivo. Así pues, a partir de una base de ensayo y error, se avanzó en un proceso de poder con el fin de brindarles la oportunidad de transformar el status de paciente mental a trabajador y de éste a socio de la cooperativa. Las Cooperativas Sociales se sirven del trabajo como un instrumento que devuelve los derechos civiles a las personas. En estas Cooperativas, insistió, el punto central de atención es un empleo real en un mercado real, lo que implica una participación en la vida ordinaria. Franco Rotelli en 1991, director de los servicios de salud mental de Trieste, consideró a la Cooperativa Social como una agencia laboral para la promoción de los intereses del individuo y también definió algunas características que ofrecen un valor rehabilitador al empleo, tales como: 1.- Los productos

están en el mercado, por lo que pueden convertirse en instrumentos de empleo real. 2.- La calidad del medio laboral: innovador, capaz de apoyar y ampliar el abanico de intereses. 3.- Una cooperación más amplia, donde las personas discapacitadas y las no discapacitadas trabajan juntas. 4.- La posibilidad de expresar demandas y conflictos.

Insistió en señalar que, en cuanto a las cooperativas sociales, existen dos escuelas de pensamiento. Por un lado, aquellas que creen que se les debería garantizar contratos estatales sólo por el hecho de ser cooperativas sociales, y también quieren que no se les apliquen los principios de competencia. Y por otro lado, como en las de Trieste, estamos los que creemos que la competencia puede ser positiva, siempre que concierna, no sólo a los precios, sino también a la calidad. Es decir, hacer ofertas a las que se les asigna siempre la propuesta más baja y aquéllas cuya asignación está basada en los proyectos de sus competidores. Esta última ofrece ámbito de calidad. Al cliente le corresponde decidir si los productos o los servicios son de calidad o no, si está dispuesto a pagarlos y si decide solicitarlos nuevamente en otra ocasión. Si un cliente no está satisfecho la próxima vez no volverá y se irá a otro sitio. Los mercados protegidos no suelen durar mucho tiempo. Así, los trabajadores se enfrentan todos los días al mismo reto, alguien se acerca a algunas de sus tiendas y los observa con curiosidad. Han aprendido a no ocultar su diversidad, a estar orgullosos de ella, pues los intercambios de diversidades son indispensables. Se encuentran integrados en el público, están socializados y perciben que gradualmente necesitan de habilidades para ser capaces de orientarse.

Hoy en día existen seis cooperativas y todas ellas son miembros del Consorcio para la Empresa Social, que nació en 1991 con el fin de ofrecer algunos servicios a las cooperativas: administración, contabilidad y proporcionar comunicación y relaciones públicas entre las empresas que desarrollen el concepto de empresa social. Las cooperativas realizan diferentes actividades (limpieza, transporte, encuadernación, artística, servicios turísticos, restauración de edificios, jardinería y asistencia en el sector público a personas que padecen problemas psiquiátricos o adicción a drogas); la mayoría de los trabajadores son socios y unos pocos son empleados. Alrededor de la mitad de los socios son personas con discapacidad, justificada a través de un certificado de invalidez, y tienen que ser clientes de centros de salud mental o de toxicomanías, alcoholismo o presos en libertad provisional. Existen aproximadamente

250 trabajadores y el presupuesto total de 1.996 será de 9 billones de liras. Una cuarta parte de nuestros socios solicitó la entrada en nuestras cooperativas porque carecían de empleo y la mayoría de ellos no contaban con cualificación profesional. También existen otros socios, como los enfermeros de los centros de salud mental. Y luego tenemos a unos 60 aprendices, que reciben una beca de formación del sistema público, que aprenden a trabajar, a producir, a vivir y a cooperar junto al resto de las personas. Los salarios mensuales varían entre los socios según sus responsabilidades y su cuantía es semejante al mercado laboral. Tres reglas importantes para el funcionamiento de las Cooperativas Sociales son: su funcionamiento democrático, que no se puede compartir los beneficios entre los socios y que los propietarios legales de las cooperativas son los socios.

Finalmente, señaló que en la actualidad las cooperativas sociales se encuentran en un momento muy particular, debido a que han crecido en número y están más estructuradas, lo que les exige contar con mayores recursos financieros y cuadros con formación económica y financiera, siendo ya insuficiente la motivación. Hay que entender que, para cambiar la cultura tradicional del mercado laboral, tenemos que sumergirnos dentro del mercado laboral. No nos gustan las empresas monotemáticas, necesitamos estructuras flexibles con diversas actividades, donde una actividad pudiera desarrollar otras y que todo el mundo pudiera participar en más de una actividad, preferentemente en esos trabajos que puedan aumentar la calidad de vida y de la comunidad. Esto se puede lograr estableciendo pequeñas o medianas empresas con diferentes secciones productivas que cooperan de una forma sinérgica, siendo un criterio fundamental mantener la formación y el trabajo al mismo tiempo y con la capacidad suficiente para romper con la dependencia de la caridad pública y la inercia a través de servicios simples y aburridos. Y de forma concluyente afirmó que no necesitamos voluntarios que quieran absorber sus cargos de conciencia mediante obras de caridad, sino que seamos capaces de contaminar a los grupos y personas más inteligentes de la sociedad para producir calidad. Ya no queremos los procesos terapéuticos que aumentan nuestra discapacidad y marginación, buscamos decidir objetivos, intercambiar los productos de nuestro esfuerzo en el mercado sin la ayuda de ningún terapeuta y evaluar los gastos y los ingresos de acuerdo a nuestros propios criterios. Una empresa social lucha contra la pérdida de energía humana median-

te la utilización de recursos materiales olvidados, siendo básica la cooperación entre las autoridades públicas y privadas. Las Cooperativas Sociales deben ser consideradas como un buen observatorio capaz de colaborar con la estructura de salud mental, la cual, con frecuencia, hace uso de las cooperativas como un estacionamiento de clientes. Esta visión debe cambiar para construir una nueva relación, donde cada parte admita sus límites y reconozca sus competencias.

El Modelo Casas Club - El Modelo "Fountain House"

Actualmente hay casi 300 casas club en todo el mundo, basadas en el *Modelo "Fountain House"*, que se fundó en New York en 1948. En Europa existen 42 casas Club y la primera que se creó en Europa fue en Estocolmo, en 1980. *Mika Vuorela*, de la Casa Club Karveti de Finlandia, nos expuso la filosofía que rige en estas Casas Club y su experiencia real. El modelo de las Casas Club, afirmó, es un programa de ayuda a las personas que han sufrido enfermedades mentales graves y persistentes para que mejoren su calidad de vida. Es un programa exhaustivo que ofrece servicios vocacionales, sociales y de residencia bajo un mismo techo. Aquí, al contrario que en los programas tradicionales de rehabilitación, los miembros tienen un papel activo y que participan en una asociación de intereses comunes. La Casa Club es el lugar propio y la sociedad de los clientes. Todos los clientes tienen derecho a cuatro garantías que les ofrece la asociación: *el derecho a un lugar donde acudir y donde se es bien recibido, respetado y también necesitado; el derecho a un empleo útil en un día laboral normal que le da la oportunidad de conseguir empleo real en el ámbito comunitario; el derecho a que surjan relaciones importantes entre los miembros de las casas club y la plantilla; y el derecho a tener un lugar al que volver*, pues ser miembro de las Casas Club es por tiempo indefinido. La Casa Club misma es una comunidad que les sirve de proyección en el futuro y no es la última parada en sus vidas.

Una parte de las Casas Club son *las unidades*. La unidad es un lugar de trabajo con un grupo reducido. Los miembros y la plantilla están en condiciones de igualdad, todos toman decisiones en conjunto y participan en la planificación, evaluación y en el desarrollo de las actividades. En nuestra Casa Club, añadió, tenemos tres unidades: la cocina, la oficina y la unidad de empleo transicional. El trabajo ordenado de las

unidades anima a los miembros a la puesta en contacto con sus propias capacidades. Todas las unidades hacen el trabajo de tender la mano, - a los miembros se les echa de menos cuando no vienen y el club trata de suplir el tipo de ayuda que ellos necesitan-, y trabajan de forma conjunta para crear actividades de tiempo libre. El tiempo libre es muy importante, porque favorece la relaciones entre sus miembros.

La Unidad de empleo transicional apoya a sus miembros en el estudio y en la superación de ciertas capacidades con el fin de integrarse en el mercado laboral libre. La participación con éxito en el programa pre-laboral diario anima a muchos miembros a desear un empleo independiente en la comunidad. Este empleo transicional se realiza en las empresas, nunca en las Casas-Club. El empleo es a tiempo parcial, se les paga el salario mínimo y se establece un límite de tiempo de seis meses, lo que permite que también otro miembro se beneficie.

La Empresa Social

El *Dr. Thomas Emmenegger*, Psiquiatra del Centro Studi Paolo Pini de Milán, comenzó su exposición reconociendo la función psicológica y social del trabajo a través de los estudios de Jahoda. El empleo es importante para las personas por cinco razones: impone una estructura personal en el día a día; implica experiencias compartidas regularmente y contactos con la gente del entorno de la familia; vincula a los individuos a los objetivos y propósitos que trascienden a su propio yo; define aspectos de status y de identidad; y refuerza la actividad. Cada una de estas razones, afirmó, son objetivos importantes en el proceso rehabilitador, ahora bien, uno de los proyectos capaces de mediar entre el empleo y la rehabilitación es la **Empresa Social**.

La Empresa Social tiene la tendencia a estar basada en tres ejes: 1.- Asesoramiento y acercamiento a la formación. 2.- Acercamiento a la acción social. 3.- Acercamiento de cooperación social. Los programas de formación vocacional podrían ser el primer paso hacia la creación de una empresa social como objetivo final. En este proceso abierto implicamos a una variedad de actores: servicios públicos, agencias privadas, gobiernos, comunidad local, voluntariado, etcétera. Los trabajadores sociales del sector público de salud mental están implicados a tiempo completo en este programa. Los actores, que son asesorados, participan desde el comienzo en la planificación del programa, siendo muy

importante que en este proceso sean capaces de ver una vía dentro del mismo, que desemboque en una integración laboral. Pero sólo unos cuantos consiguen un trabajo en el mercado laboral abierto tras la finalización del programa de formación. Por esta razón, promovemos programas que vinculan la formación con el bienestar social de forma explícita. Al mismo tiempo, intentamos evitar que los programas de formación funcionen como una barrera a la asistencia social y a las situaciones de trabajo protegido. Esta combinación nos permite crear importantes productos sociales y entornos de apoyo. En el acercamiento a la acción social es tan importante el contenido como el proceso. La empresa social es un proyecto con estructura de red. Los intereses recíprocos y el aprendizaje mutuo de todos los socios son los elementos básicos para unas relaciones sólidas, (coaliciones en un proyecto abierto).

Al trabajar con personas con una baja autoestima y de las zonas urbanas más marginadas, necesitamos estrategias mediadoras entre el nivel individual y la dimensión social, en combinar el cambio individual con el cambio ambiental. Por ejemplo, la realización de un bar en el hospital psiquiátrico, que antes era una zona de cadáveres, y en el que ahora realizamos fiestas para la comunidad con la participación de los miembros de la empresa social. A la vez ha sido una oportunidad comercial para la creación de futuros puestos de trabajo. Los vínculos sociales pueden apoyar de las siguientes formas: funcional, (dinero, servicios o terapia); informativo, (consejo, conocimiento); emocional, (tener amigos); autoestima a través de la creación de productos sociales, (bar); y de aprender mutuamente.

La empresa social se basa en una fuerte cooperación entre los sectores públicos, privados y sociales. Todas las personas trabajan juntas, ya sean discapacitadas o no. La empresa social necesita de inversiones públicas y una red de solidaridad. Los servicios públicos invitan a los trabajadores sociales motivados a que adopten una postura responsable en la empresa social. Los gobiernos locales invierten directamente en el trabajo remunerado de la empresa. Es muy importante producir bienes de calidad, en una variada gama de actividades en el sector servicios y desarrollando estrategias de mercado sociales y comerciales.

Las Sociedades Limitadas

El Dr. Ladislao Lara, Presidente de la Fundación Andaluza para la Integración Social de Enfermos Mentales, nos habló de la experiencia de integración sociolaboral de los enfermos mentales en la comunidad de Andalucía. Contextualizó este proceso en la reforma psiquiátrica andaluza y la constitución de la Autonomía. Destacó que todas las cuestiones referidas a la salud mental que han sido llevadas al Parlamento Andaluz han sido consensuadas con todos los grupos políticos y apoyadas por unanimidad, e informó sobre las leyes y fechas de referencia más relevantes en el proceso de transformación asistencial que aún se lleva a cabo en esta comunidad.

La asistencia psiquiátrica en Andalucía antes de iniciar la reforma psiquiátrica estaba caracterizada por: la multiplicidad y descoordinación de redes, cada recurso dependía de una administración distinta, no se relacionaba de ninguna manera, ni se coordinaba formalmente con los otros; predominio de los 8 hospitales psiquiátricos sobre el resto de los recursos y las consultas de neuropsiquiatría, (69 profesionales en un tiempo de 2,5 horas de atención para toda la demanda extrahospitalaria); con una dotación insuficientes de recursos humanos y materiales; una situación absolutamente marginal con relación al sistema sanitario; una valoración social de la atención psiquiátrica, (que contaminaba a los propios pacientes cuando acudían a los servicios), y profesional muy negativa, (todos los años, en la convocatoria de plazas de formación postgraduada de los MIR, al menos en Andalucía, los que optaban por algunas de las escasas plazas para formarse en psiquiatría siempre eran los últimos de cada promoción, que no habían tenido opción a coger otra especialidad más valorada social y profesionalmente). Asimismo, se habían realizado unas experiencias parciales de transformación institucional, desde los años 72-73, en la mayoría de los hospitales psiquiátricos de Andalucía. Esto posibilitó posteriormente, en gran medida, el desarrollo de la reforma.

Por todo ello, en relación a esta situación de partida, podríamos definir que en los objetivos de la reforma se trataba de unificar competencias y recursos públicos, modernizar la estructura de servicios y, al modernizar ésta, se partía de que el hospital psiquiátrico en ningún caso era la solución correcta a los problemas que presentaban las personas que padecían una enfermedad mental; por muchas razones,

pero, sobre todo, por lo que tenía de características de una institución total, entendiéndose como tal a aquella que, en sí misma, pretende dar solución y respuesta a la totalidad de los problemas que presentaban la totalidad de las personas aquejadas de una enfermedad mental. Esto era rechazado como algo imposible de cumplir y que tenía efectos fundamentalmente negativos, mientras que lo que había que generar era una red de recursos y dispositivos, cada uno de los cuales debería ser capaz de dar atención a un tipo de problemas, y suficientemente integrados y coordinados entre sí, de manera que no hubiesen hiatos ni rupturas entre personas que pudiesen necesitar la atención simultánea de dos, tres o cinco recursos diferentes.

El otro objetivo era: incrementar la dotación de personal y material, y mejorar su distribución territorial. Partíamos de la base de que había que utilizar los recursos del hospital psiquiátrico, sacándolos hacia fuera, pero, incluso en determinados estratos profesionales, eran insuficientes los recursos que existían, en tanto que en otros estratos eran excesivos. Había que adecuarlos y acomodarlos. Integrarlos en la red sanitaria dentro del Servicio Andaluz de Salud; la atención sanitaria a una persona con una enfermedad mental no tenía porqué ser distinta, en un ámbito diferente, que otro tipo de atención sanitaria; y establecer las bases de cooperación con otros sectores, con los servicios sociales, la administración de justicia y la administración laboral. Este no era planteamiento original sino el vigente en aquellos años.

En Julio de 1984 en el Parlamento de Andalucía se aprobó una ley, la primera ley de contenido sanitario, que hizo posible la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, concebido como un organismo autónomo de carácter transitorio, cuya finalidad era integrar en una sola red de servicios todos los recursos públicos de atención a la salud mental, existentes en la comunidad autónoma y dependientes de 12 administraciones, y que estos recursos estuvieran dentro del sistema general de atención a la salud. Este objetivo fue conseguido en estos años, pero no todas las agencias con recursos caminaron al mismo ritmo como en el sistema sanitario, sobre todo, se refirió fundamentalmente, en los aspectos de medidas de apoyo social y laboral. Es más, hasta 1989 no se consiguió en Andalucía eliminar de las convocatorias públicas de los servicios sociales la prohibición expresa a los enfermos mentales crónicos. Estaban explícitamente excluidos, pero esto fue modificado, logrando en la nueva normativa crear un apartado especí-

fico para generar recursos de apoyo a los pacientes en proceso de desinstitucionalización. Y, en el campo de lo laboral, hasta 1990 no se consiguió el primer fondo o recurso para realizar un curso de formación profesional específico.

Al desaparecer el Instituto Andaluz de la Salud Mental, en Enero de 1.991, dió la impresión de que el proceso de transformación asistencial quedaba hibernado o congelado, lo cual motivó que distintas estructuras sociales, especialmente la dinámica del movimiento asociativo, hicieron que el propio Parlamento aprobase una proposición no de ley instando al Consejo de Gobierno para que constituyese una Fundación Pública que, dando participación a otras administraciones, organizaciones no gubernamentales, al movimiento asociativo, etc., gestionasen todos los recursos que las distintas Consejerías dedicaban a actuaciones no sanitarias de apoyo a las personas con problemas en salud mental. En Diciembre de 1.993 se constituyó esta Fundación.

En la definición de una nueva red de servicios sanitarios fuimos cambiando en la medida que pasaba el tiempo para dar una mejor respuesta a los problemas de la atención psiquiátrica. En un primer momento se definieron básicamente dos tipos de servicios: los Equipos de Salud Mental Comunitaria y las Unidades de Hospitalización en el ámbito de los Hospitales Generales. Por nuestra experiencia pensábamos que estos recursos eran suficientes para facilitar la salida de los enfermos crónicos a la comunidad. La realidad nos hizo ver que esto era insuficiente. Y se tuvo que hacer más complejo y se definió una nueva red. Esto siempre depende de unas decisiones administrativas, políticas, asignación de presupuestos. La siguiente línea era el desmantelamiento institucional de los hospitales psiquiátricos, es decir, en la medida que se iban generando recursos alternativos a lo que el hospital psiquiátrico cubría, íbamos cerrando éstos. Por otra parte, impulsar modelos comunitarios de intervención. Éste es uno de los elementos centrales para poder establecer una buena red de recursos y es uno de los elementos más difíciles de garantizar de que se avance en esa línea. Por otro lado, y al contrario que en el punto anterior, el modificar las actitudes personales de cómo se enfrentan los profesionales con este tipo de problema es algo que tiene dificultades, que se resuelven solamente si se cuenta con el consenso y la participación de las instancias profesionales, movimiento asociativo, etc. Por último, la línea de apoyo a la cooperación intersectorial se materializaba, entre otras cosas, en la

modificación de la normativa de servicios sociales.

Los principales resultados han sido: Por un lado, la constitución de una única red funcional y administrativa de los servicios sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud. Esto es una realidad que viene funcionando así desde hace una serie de años y que tiene una importancia grande para contribuir a romper el estigma de la enfermedad mental. Las personas, cuando piensan que requieren una hospitalización o una atención psiquiátrica, van a los mismos sitios que en otras patologías. Por otra parte, la superación funcional del hospital psiquiátrico, que desde hace tiempo está fuera del circuito asistencial: la reducción a menos de un tercio de la población inicial y la desaparición de 5 de los 8 hospitales psiquiátricos. Solamente tres: Córdoba con 14 pacientes, 49 en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores en Sevilla, pendiente de cerrar en 6 a 8 meses, y 52 pacientes en el de Granada. Esperamos que antes de finalizar 1.997 los tres hospitales psiquiátricos que quedan hayan dejado de existir como tales. Se han incrementado los recursos, garantizando la accesibilidad y la equidad sanitarias de las prestaciones en salud mental.

El desarrollo relativo de nuevos modelos de intervención, la colaboración intersectorial, con la administración de justicia, en la actualidad dirigida a garantizar los derechos ciudadanos de las personas con una enfermedad mental y tratar de generalizar soluciones para el ejercicio real de una tutela con una persona susceptible de ser incapacitada y la colaboración con la administración laboral, nos ha permitido el desarrollo de cursos de formación ocupacional y laboral, el programa Horizon, y la generación de puestos de trabajo para una persona con discapacidad consecutiva a una enfermedad mental.

Sobre el futuro de los pacientes psiquiátricos cuando son desinstitutionalizados se realizó un censo de la población de larga estancia que había en los hospitales psiquiátricos de Andalucía, que nos permitiera conocer cuál era la situación de los pacientes y un seguimiento posterior de cuál era su ubicación en la vida, con el objeto de averiguar si estábamos contribuyendo a mejorar su calidad de vida o no. Desde el año 1.974 hasta 1.994 ha habido una tendencia marcada a la disminución de los pacientes en los hospitales psiquiátricos; una primera etapa donde la disminución no fue dirigida y una segunda etapa, a partir de la constitución del Instituto Andaluz de Salud Mental, que sí lo fue. En 1.993 se hizo una revisión de los pacientes censados; se constató que

103 estaban en la vivienda propia o familiar; 324, (26%), en residencias de la tercera edad; un 14% en residencias de centros de deficientes mentales; 17% en estructuras residenciales específicas; 0.5% en hospitales privados; 0.4% en las instituciones penitenciarias de la población que estaban en hospitales psiquiátricos; 0.9% personas sin hogar, decidido por la propia persona; 20% habían fallecido; 2% fuera de Andalucía; y un 7.5% no localizados en el momento de realizar el censo.

Los recursos de los que disponemos son los siguientes: Dentro de los recursos sanitarios: 1.- Equipos Básicos de Atención Primaria: son los responsables de las respuestas al 85% de los problemas de salud mental de las personas que acceden a la atención sanitaria. 2.- Los Recursos de Atención Especializada: 71 equipos de salud mental de Distrito, constituidos por un psiquiatra por cada 50.000 habitantes, un psicólogo por cada 100.000, un trabajador social y tres profesionales de enfermería, entre diplomados y auxiliares, por cada 100.000 habitantes, (se ha pasado de 221 profesionales en 1.984 en la atención extrahospitalaria a 634 en 1.994, y el número de horas de dedicación se ha multiplicado por diez); Unidades de Salud Mental en el Hospital General con aproximadamente 500 camas; 11 Unidades de Salud Mental Infantil, consideradas como recursos de tercer nivel, debido a que los equipos de salud mental están suficientemente capacitados para dar respuesta a la mayoría de los problemas; Unidades de Rehabilitación de Área en las grandes poblaciones, donde hay una gran concentración de pacientes susceptibles de programas de rehabilitación relacionados con los Equipos de Salud Mental, para hacer programas con un mayor rendimiento; Comunidades Terapéuticas, de 15 plazas, son unidades de atención las 24 horas del día, y son, de hecho, unidades de hospitalización para pacientes psicóticos que requieren una atención hospitalaria de media o larga estancia, fuera del espacio físico de las plantas de un hospital, pero integrado funcionalmente en él, o sea, para un mayor dinamismo, que fuese un tratamiento más intensivo y que nos facilitase la generación de nuevos espacios de depósito de problemas y pacientes difíciles; Hospitales de Día, que hoy estamos en revisión en su utilidad dentro del sistema, si son convenientes estructuras específicas de hospital de día o si son preferibles programas de día en los equipos de salud mental o en las unidades de hospitalización.

Por lo que se refiere a los recursos de apoyo social gestionados por

la Fundación, por una parte están: los Recursos Residenciales, que algunos de ellos son los recursos asistidos o supervisados, estructuras para personas con un razonable nivel de autonomía que pueden vivir cuatro o cinco juntas en un piso, con un apoyo y supervisión importante en las primeras fases, pero que progresivamente van adquiriendo un mayor nivel de autonomía y requieren la atención de algún personal una o dos veces a la semana durante algunas horas. En 1995 existían 49 pisos con 148 plazas. Otro tipo de estructura que nos está resultando útil, y que se destina a aquellas personas con relaciones difíciles con sus familias o por la carencia de ésta, es la utilización de determinadas pensiones, supliendo bastante bien las necesidades de espacio residencial de estas personas. También se cuenta con unos tipos de estructuras más apoyados, hogares o casas hogares, (15 casas con 4-5 plazas), para personas con menos autonomía que requieren personal no sanitario durante las 24 horas. En todo caso, nunca se dan más de veinte personas en ninguno de estos modelos de estructuras intermedias.

En los recursos Ocupacionales Laborales, tenemos por una parte: los talleres ocupacionales, que cumplen diversos papeles, por ejemplo, que junto a los equipos de salud mental en las zonas rurales haya un taller de carácter polivalente, que cumple con las funciones de los centros de día, pudiendo ser utilizado por los profesionales de la salud mental para determinados tipos de programas de rehabilitación más propios del sistema sanitario, sirven para generar determinados tipos de hábitos sociales: asistencia, puntualidad, relaciones, etc. En contraste con otros talleres ocupacionales, más de carácter prelaboral, que los que estamos desarrollando en las zonas metropolitanas, porque evidentemente, al ser mayor la población que hay, es más fácil hacer grupos homogéneos subsidiarios de talleres más específicos. También cursos de formación financiados con la administración de trabajo, con la que tenemos un acuerdo para que anualmente, a través de la Fundación, se de una cantidad económica para realizar cursos con una metodología adecuada a los problemas de pacientes mentales en tratamientos por los servicios de salud mental, que tendrían dificultad de acceder a cursos normalizados impartidos por el Instituto Nacional de Empleo. Y luego, empresas sociales que tienden a dar empleo a personas que tendrían dificultad para conseguirlo en el mercado abierto, a pesar de que haya una serie de medidas que incentiven la contratación de personas con discapacidad mental. Pero, con esas medidas generales en el año 1995 sólo

se consiguió la contratación de 12 personas con contratos temporales. Y otros tipos de recursos son los re-socializadores, o de fomento de las relaciones sociales, que son fundamentalmente una red de clubes sociales, desarrollados en colaboración con las 15 organizaciones del movimiento asociativo, y programas de tiempo libre diversos organizados por los distintos tipos de recursos, junto a un programa vacacional que se hace todos los años utilizando recursos que la administración pone a nuestro alcance. En la actualidad tenemos por término medio cada año unos 226 alumnos en cursos de formación ocupacional y 134 trabajadores en nuestras empresas sociales, (sociedades limitadas), de los cuales, aproximadamente el 50% son personas con una discapacidad consecutiva a su enfermedad psiquiátrica.

Insistió en aclarar que desde la constitución de la Fundación, se decidió que dentro de sus programas no participará ningún profesional de los servicios sanitarios, ni psiquiatras, ni psicólogos, ni enfermeros. La idea era que en ningún caso los recursos que generara la Fundación sirviera para que los profesionales de los servicios sanitarios tuviesen la tentación de depositar en ellos aquella parte de responsabilidad que les corresponde. De alguna manera, los Equipos de Salud Mental y de las Unidades de Rehabilitación son los recursos sanitarios que, por tener la obligación de dar cobertura sanitaria al 100% de la población, son los responsables de determinar, a través de una comisión, cuáles son los usuarios susceptibles de integrarse en algún tipo de programa o actuación, tanto residenciales u ocupacionales.

Todo lo referido a los programas de reinserción laboral la Fundación lo desarrolla a través de un instrumento que es una empresa: Iniciativa de Empleo Andaluza Sociedad Anónima, cuyos accionistas son: la Fundación ONCE, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental y la Diputación de Sevilla. A través de esta empresa se organizan los cursos de formación profesional y, cuando hay posibilidades de constituir un centro de trabajo, esta Iniciativa de Empleo Andaluza constituye una Sociedad Limitada, con participación del movimiento asociativo y con una mayoría de las Fundaciones señaladas para garantizar, en cualquier caso, que la dirección de la empresa esté orientada hacia la creación de puestos de trabajo para los enfermos mentales. Deseamos que estas empresas con diversas actividades sean competitivas. Las actividades de formación han sido muy diversas: encuadernación, cocina, envasado, informática, horticultura, tapicería,

jardinería, muebles, montaje de ordenadores, etc., lo cual nos ha permitido constituir tres empresas de estas características. La más antigua, Pro Asimur, en julio de 1.993, con carpintería, muebles elegantes y complementos con diseños propios, un bar restaurante con catering, electrónica e informática. Otra empresa está en Jaén, la Imprenta Electrónica, se constituyó en mayo de 1.994, con una tecnología que compite con las empresas normales y últimamente realiza también actividades en la agricultura. Y Multicer, en Málaga, se dedica a aparcamiento vigilado, montaje de ordenadores, catering y la contratación del personal para seguimiento en los recursos de apoyo social. Y en esta etapa, 1996-1997, tenemos el proyecto Mariental, acogido al programa Horizon con 300 millones de pesetas, cuyo reto es el de que en las cinco provincias donde no hay una empresa con enfermos trabajando, realizar un proyecto de formación de dos años con el compromiso de que, al menos el 40% de los usuarios, al final del periodo hayan sido contratados por la empresa que se constituiría en estas provincias. En la actualidad estamos en esta aventura con diversas actividades, (centro canino, jardinería, viveros, carpintería, e informática), y 98 alumnos y 18 monitores. Nosotros diferenciamos bien lo que son los talleres ocupacionales de las empresas. En la empresa cada trabajador debe producir lo mínimo para garantizar su salario y, si el salario es el salario mínimo interprofesional, la productividad no tiene que ser tan alta como si tuviera una retribución superior; trabajando sobre esta base ha sido posible que en el conjunto de las empresas se obtengan ingresos para equilibrar las cuentas. Esto ha sido debido a que: 1.- las empresas son empresas y, por lo tanto, cobra importancia la figura del gerente de la misma; y 2.- como máximo, el número de personas con enfermedad mental que trabajen en la empresa debe ser el 50% de la plantilla, porque de lo contrario se unen dos elementos: dificultad de supervivencia económica y, por otra parte, constitución de un elemento que facilita poco la integración, al convertirse prácticamente en un recurso psiquiátrico más donde todos los trabajadores son pacientes.

El Empleo Competitivo

En la organización de este curso nos pareció interesante conocer además la experiencia de rehabilitación laboral de contextos económicos y sociales, industrializados y diferentes a la realidad canaria. El Sr.

Agustín Ozamiz, responsable de la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco, nos habló de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el País Vasco en los últimos quince años; de los programas de rehabilitación, su conceptualización y experiencia; de la Fundación Ergaitza, que se creo hace 4 años para la rehabilitación laboral de los enfermos mentales y finalizó su exposición realizando algunas cavilaciones sobre el escenario en el que nos estamos moviendo en estas últimas décadas y las perspectivas del futuro.

La reforma en el País Vasco comenzó con la transición democrática. Los recursos existentes hasta entonces eran los grandes hospitales psiquiátricos y las consultas de neuropsiquiatría. En 1.980 se configuró una Comisión para la reforma de la asistencia psiquiátrica presidida por el Dr. Julian Ajuriaguerra, prestigioso psiquiatra, cuya historia está muy vinculada a la promoción de la psiquiatría de sector en Francia. Esta comisión, en la que participaron los tres presidentes de las Diputaciones y un grupo de psiquiatras, perfiló un plan de la asistencia psiquiátrica y de salud mental que fue presentado y aceptado en el Parlamento Vasco por todos los grupos parlamentarios.

Las características de este plan eran muy similar a las del Plan de Andalucía. Durante estos 15 años hemos promocionado intensamente la formación de nuestros profesionales en todo tipo de técnicas psicoterapéuticas, dedicándole presupuestos importantes. Una cuestión en la que nuestro plan divergía del Plan Andaluz era que no nos proponíamos cerrar los hospitales psiquiátricos. Nos proponíamos convertir los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, en hospitales psicogeriatricos. En estos 16 años el escenario ha cambiado radicalmente. Se crearon Centros de Salud Mental territorializados para una población de 50.000 habitantes, constituidos como mínimo por un psiquiatra, un ATS, un psicológico, un Asistente social y un Administrativo. El País Vasco cuenta con la tasa más alta de todo el Estado Español en número de psiquiatras, con 200 psiquiatras en servicios públicos para una población de 2.200.000 habitantes, o sea, 1 psiquiatra por 11.000 habitantes. En cuanto a los psicólogos clínicos, hemos pasado de no tener más que 1 en 1980 a tener 100 en nuestra red pública; es el doble de lo que tiene Madrid o Andalucía y la formación de los auxiliares clínicos ha cambiado sensiblemente con respecto a otras épocas.

Tenemos 6 hospitales de Día, Unidades de Agudos en Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos (200 camas). El 80% de la pobla-

ción de nuestros hospitales psiquiátricos son ancianos, pudiendo decir que, en estos momentos, son hospitales psicogerítricos, aunque tenemos dos unidades de media estancia. La población de los hospitales psiquiátricos se ha reducido a menos de la mitad. También disponemos de pisos y talleres protegidos, comunidades terapéuticas, etc. En el País Vasco la red de atención a las drogodependencias está integrada funcionalmente en la red de atención a la asistencia psiquiátrica. La actividad de los C.S.M. varía de unos centros a otros y esta variación ha venido condicionada fundamentalmente por la orientación teórica, la motivación y los intereses de los profesionales de salud mental. En 1.995 se generaron 17.302 primeras consultas de personas que acudieron a los C.S.M. del País Vasco. El total de personas atendidas en 1.995 fue de 53.407, lo cual supone que un 3% de la población ha pasado durante el periodo de un año por nuestro servicio. Los ingresos en Unidades de Hospitalización, (corta y larga estancia), fue de 5.034.

Conocemos nuestros puntos fuertes y nuestros puntos débiles. Nuestro punto débil es fundamentalmente el trabajo con los enfermos mentales crónicos o de larga evolución. El tiempo que se dedica en los C.S.M. a trabajar con estas personas no llega al 20% del tiempo total dedicado a las labores asistenciales. Se hace poco más que verlos una vez al mes, recetar y controlar la medicación y dar unos consejos en un tiempo que no excede de los 10 minutos, siendo la patología más severa. Comprobamos que los números de reingresos son importantes; podríamos decir que el 50% de los pacientes que ingresan en una unidad de agudos reingresan en menos de un año y, de éstos, más del 70% volvieron en menos de un mes. No tenemos Unidades de Intervención en Crisis que podrían ayudar a paliar estos reingresos. En psicogeriatría no hemos desarrollado un mínimo de servicios.

Otro vacío que tenemos es la relación de salud mental con la atención primaria; me refiero a los aspectos administrativos, la detección de los casos por los médicos generales es la puerta de entrada a la red especializada; habría que mejorar los sistemas de relación de trabajo y colaboración con los médicos generales para que este nivel funcione adecuadamente, así como el funcionamiento de los equipos de salud mental y la definición de roles entre los miembros del equipo.

En estos años hicimos una reflexión sobre nuestros servicios y, a través del programa Horizon, comparamos la atención que se realizaba en el País Vasco con los servicios de psiquiatría de NewCastle, (Inglaterra),

Grecia, y otros países de Europa. Al comparar y discutir con otros socios, desplazándose nuestros profesionales a estos países, nos realizaron una crítica y nos hicimos una autocrítica y publicamos un informe, el informe Horizon-Pivot, que distribuimos a todos nuestros profesionales. Esencialmente en este informe se planteaba un cambio sustancial de mentalidad, donde el foco de la planificación asistencial se centrara en las necesidades de los pacientes con una enfermedad mental de larga evolución. En esta época sólo en el programa de rehabilitación de Vitoria se habían dedicado bastantes recursos y atención a esta problemática; pero, esto era una excepción.

Las necesidades identificadas de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución son: ayuda a los problemas emocionales; ayuda a resolver y prever las crisis; ayuda para encontrar algún sitio para vivir; ayuda en hacer y mantener amistades; ayuda para conseguir y mantener un trabajo; ayuda para conseguir y mantener un salario; y ayuda para aprender nuevos conocimientos. Partiendo de este tipo de necesidades se plantea que las necesidades de las personas con enfermedades mentales deben ser el centro de la atención y el foco de la planificación, el entorno por el que se deben ir configurando las distintas áreas de actuación con estrategias diferentes, tomando como ejemplo las estrategias de gestión de cuidados ya extendida en Inglaterra, donde un personal del C.S.M. se responsabiliza de un máximo de 30 pacientes y realiza un seguimiento exhaustivo de los mismos, teniendo en cuenta las áreas anteriormente citadas. La medicación sería una de estas áreas de necesidades, pero una más dentro de las otras. Cambiar la red a esta situación conlleva muchos esfuerzos y en el departamento de sanidad del Gobierno Vasco se desarrolla la estrategia de gestión de los servicios, proponiendo que los contratos programas sean como el corazón de las estrategias para cambiar el tipo de servicios que tenemos.

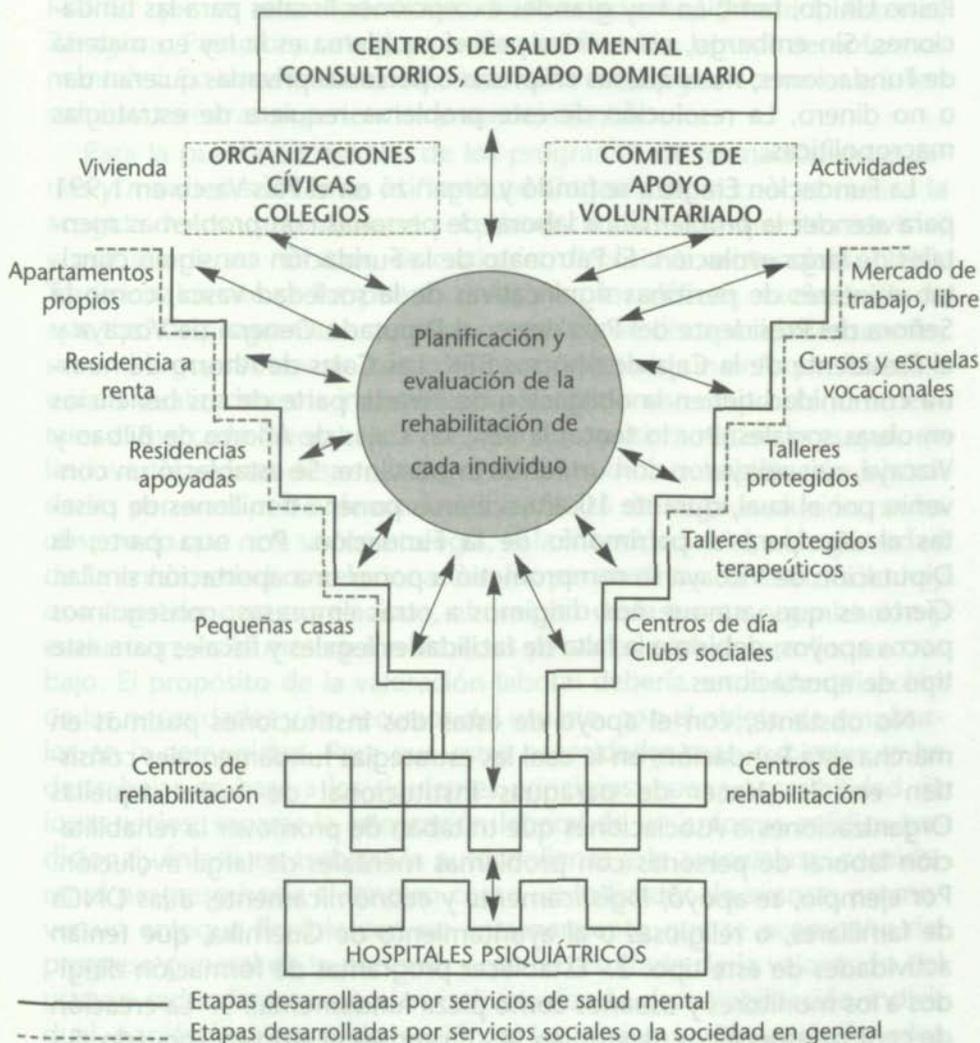
La rehabilitación laboral en la comunidad Autónoma Vasca hay que situarla en el contexto de la rehabilitación general. Es comúnmente aceptado en la literatura científica que para que haya una efectiva rehabilitación tiene que haber: A.- Una buena administración y organización de los servicios. B.- Comprensión del tratamiento como una parte de la rehabilitación. C.- Distinguir entre "entrenamiento/formación" y "ejecución/actividad", (motivación y percepción), esta última siempre tiene que estar enfocada a la actuación en un entorno real, por el cual se per-

cibe algo a cambio. D.- Con la rehabilitación la enfermedad no se cura, pero, al menos, se consiguen cuatro cosas sustanciales: menor sintomatología y menos recaídas; menor número de hospitalizaciones y duración de las mismas; mejor funcionamiento social y mayor satisfacción de los usuarios.

Así pues, los siete principios básicos que se deben tener en cuenta en cualquier programa de rehabilitación son. 1.- Reconocer que las personas con problemas mentales de larga evolución son clientes vulnerables al estrés. El estrés exagera los síntomas psicóticos con episodios agudos. Hay que desarrollar estrategias de afrontamiento del estrés. 2.- Ayudar en las tareas básicas de la vida cotidiana. 3.- Ayudar en las habilidades sociales para la relación interpersonal. 4.- Aportarle más asistencia que la de los episodios agudos, o sea, terapia familiar, terapia de grupo, etc. 5.- Que la rehabilitación sea continua, comprensiva e intensa. 6.- Los programas deben ser asertivos y su diseño ajustados para cada individuo. 7.- El trabajo con las familias y el entorno psicosocial es algo esencial.

La experiencia de la rehabilitación ha sido muy irregular en nuestra comunidad; mientras que, hasta 1.991, en Vizcaya y Guipúzcoa los programas de rehabilitación han consistido poco más que en organizar talleres protegidos o centros ocupacionales; en la ciudad de Vitoria se venía desarrollando desde hace 12 años un programa de rehabilitación comprensiva más que aceptable. Vitoria tiene 250.000 habitantes y, desde hace tiempo, un equipo de personas ha focalizado su trabajo solamente con pacientes mentales crónicos que salieron del hospital psiquiátrico en los años setenta, organizando con ellos pisos protegidos, pero, sobre todo, una gran unidad de rehabilitación donde trabaja un equipo de profesionales, (dos psiquiatras, tres psicólogos y varios asistentes sociales), habiendo desarrollado un programa digno de todo elogio. Pero, el problema que se ha podido comprobar es no haber tenido en cuenta la rehabilitación laboral en contextos reales de sistemas de productos, que se puedan vender o comercializar. Eso ha hecho que el programa llegara a un techo y se bloqueara todo el programa de rehabilitación, no habiendo mejoras, y los profesionales se desaniman al ver que no pueden ser desarrollados por los servicios sanitarios: la promoción del empleo no es una tarea propia de los servicios sanitarios. Todo este programa está en proceso de reflexión, sobre todo en lo concerniente a cómo organizar el espacio sociosanitario. A nosotros nos ha

sido muy útil trabajar con el modelo y organigrama finlandés para distinguir los ámbitos de competencia de los servicios sanitarios y los servicios sociales, tal como queda ilustrado en la siguiente figura:



© Del documento, los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2010

En 1.991 se consiguió poner en funcionamiento una Fundación. El problema que tenemos en nuestro país, a diferencia del norte de Europa, es que la ley de Fundaciones no contempla excepciones fiscales suficientes para que éstas tengan una autonomía propia. En

Holanda, por ejemplo, donde una empresa puede invertir todos sus beneficios en Fundaciones sin pagar al fisco, lo que ha facilitado que surjan fundaciones como setas para todo tipo de actividad. O en el Reino Unido, también hay grandes excepciones fiscales para las fundaciones. Sin embargo, en nuestro país el problema es la ley en materia de Fundaciones, no el que las empresas o personas privadas quieran dar o no dinero. La resolución de este problema requiere de estrategias macropolíticas.

La Fundación Eragitza se fundó y organizó en el País Vasco en 1.991 para atender la problemática laboral de personas con problemas mentales de larga evolución. El Patronato de la Fundación consiguió concitar el interés de personas significativas de la sociedad vasca, como la Señora del Presidente del País Vasco, el Diputado General de Vizcaya y el Presidente de la Caja de Ahorros BBK. Las Cajas de Ahorro de nuestra comunidad tienen la obligación de invertir parte de sus beneficios en obras sociales. Por lo tanto, la BBK, las Cajas de Ahorro de Bilbao y Vizcaya, nos apoyaron con un fondo importante. Se estableció un convenio por el cual, durante 10 años, iban a poner 50 millones de pesetas al año para el patrimonio de la Fundación. Por otra parte, la Diputación de Vizcaya se comprometió a poner una aportación similar. Cierto es que, aunque nos dirigimos a otras empresas, conseguimos pocos apoyos, debido a la falta de facilidades legales y fiscales para este tipo de aportaciones.

No obstante, con el apoyo de estas dos instituciones pusimos en marcha esta Fundación, en la cual las estrategias fundamentales consistían en: 1.- Hacer de paraguas institucional de todas aquellas Organizaciones o Asociaciones que trataban de promover la rehabilitación laboral de personas con problemas mentales de larga evolución. Por ejemplo, se apoyó, logísticamente y económicamente, a las ONGs de familiares, o religiosas o al ayuntamiento de Guernika, que tenían actividades de este tipo. 2.- Establecer programas de formación dirigidos a los monitores y usuarios como pieza fundamental. 3.- La creación de centros específicos de empleo. 4.- Promover el empleo apoyado. 5.- Influir en las representaciones sociales del enfermo mental, trabajando las actitudes sociales de los distintos colectivos de la sociedad. Estas cinco líneas de actuación se enmarcaban en una estrategia general que coincidía con la estrategia de otras Fundaciones, (Alemania, Inglaterra, Irlanda del Norte, Finlandia), con las que nos hemos asociado en el pro-

grama ACEPT, subvencionado por el Fondo Social Europeo. Los cinco socios desarrollamos este programa comprensivo denominado ACEPT y, a nivel del Estado, nos hemos asociado a una institución que se llama FIAPIS, que es una Federación de Fundaciones, (Madrid, Asturias, Zaragoza, Pamplona, etc.), para la rehabilitación laboral de enfermos mentales. Estamos tratando de desarrollar estrategias comunes e intercambiar nuestras experiencias y conocimientos.

Para la puesta en marcha de los programas de formación de usuarios y monitores creamos el "Instituto Gogo", en el cual se realiza la acogida de los usuarios, siendo el primer contacto con nuestro servicio, y que puede ser remitido de cualquier dispositivo asistencial u ONG. Tradicionalmente se ha puesto énfasis en los déficits, excluyendo de este tipo de programas a aquellas personas con discapacidades severas; sin embargo, se ha visto cómo se hace necesario un enfoque holístico e individualizado en la incorporación de personas con problemas mentales al mercado laboral. Una cuestión que quisiera remarcar es que, en las investigaciones desarrolladas en el éxito de la rehabilitación laboral de las personas con enfermedades mentales de larga evolución, se ha observado que ni la sintomatología, ni la situación social, ni la gravedad de la enfermedad correlaciona con las perspectivas de éxito; sólo hay una cuestión que correlaciona, al margen de la buena organización y evaluación, es la motivación de estas personas para desarrollar un trabajo. El propósito de la valoración laboral debería ser la identificación de las necesidades y los recursos del usuario, con el objeto de emplearlos en la comunidad. Para que estas necesidades sean cubiertas se ha de trabajar en base a los siguientes principios: buena accesibilidad de los servicios; separar la integración laboral de un enfoque médico tradicional; énfasis en trabajar la autoconfianza y la autoestima; considerar el progreso hacia el empleo como un indicador de avance; promover un enfoque flexible con un entrenamiento que se acompañe del progreso general de la persona; y que el resultado de la valoración del usuario redundara en un plan individualizado de rehabilitación individual, poniéndose especial atención en los aspectos críticos relacionados con la incorporación al mundo laboral. Lo señalado hace referencia a la acogida y la valoración que se realiza en el Instituto Gogo.

Un segundo paso sería la implantación de programas de formación, que se han llevado a cabo con 60 personas cada año desde 1.993. El programa de formación comprende un apartado muy extenso de habi-

lidades sociales, otro de inicios de áreas determinadas y otro fundamental de comunicación interpersonal y trabajo en equipo; para este último objetivo se creó un Club de Usuarios, en donde se desarrollan actividades de diversa índole, desde juegos hasta la puesta en común, (por ejemplo, las personas que se han incorporado al trabajo ordinario cada semana se reúnen para compartir entre todos los problemas que tienen). En cuanto a la formación de los monitores, que no han de ser necesariamente clínicos, su formación debe ser focalizada en tres aspectos: A.- Relación interpersonal, la comunicación y el trabajo en equipo. B. Conocimientos someros de psicopatología para comprender, prever y afrontar las crisis. C.- Estrategias, técnicas y métodos de rehabilitación. Y como referente teórico tenemos la teoría del vínculo afectivo.

Los centros específicos de empleo están regidos por una ley en el Estado que facilita la constitución de empresas competitivas en el mercado libre con personas discapacitadas. Nosotros, para organizar y promover centros específicos de empleo, pusimos en marcha la sociedad anónima "Promoción". En el Consejo de esta empresa pusimos a una serie de empresarios. Entonces creamos una empresa hace 4 años, que es una lavandería industrial, con una inversión de 120 millones de pesetas y formada por 40 personas, (30 personas con discapacidad psiquiátrica y 10 personas no discapacitadas, entre éstas, un gerente, un administrador, seis monitores, un responsable del control de la calidad y un psicólogo). Esta empresa tuvo que ir al mercado competitivo y más teniendo enfrente a una empresa monopolista del sector como competidora. El balance de funcionamiento en estos cuatro años es positivo, la calidad de la limpieza, (hoteles y hospitales), nos permite competir en las ofertas públicas. Y, sobre todo, la evolución de los usuarios es positiva, reflejada en una baja tasa de absentismo laboral, pocas recaídas y la mejora de la calidad de vida, con mayor grado de autonomía. Si bien habría que señalar que inicialmente, (baja producción y altos costes indirectos), tuvimos problemas en las cuentas de resultado, pero este año están equilibradas. El desarrollo práctico de esta experiencia ha hibernado a otros proyectos, cuyos estudios de viabilidad están realizados, sin tener que sobrevivir a las subvenciones, tales como, una empresa de carpintería, lavado de coches, Medline, taller de producción de gasas y vendas, y taller de componentes electrónicos. Sin embargo, existen cuatro talleres que en breve plazo podrían convertirse en empresas competitivas: encuadernación, (10 usuarios); jar-

dinería, (15); invernaderos, (20); y hostelería, (20).

Los centros específicos de empleo son un paso para que muchos usuarios, realmente no todos, pasen a incorporarse a una empresa competitiva normalizada. Éste es fundamentalmente el objetivo más importante. En un año de funcionamiento hemos colocado en el mercado ordinario a unas 16 personas, con contratos laborales temporales, y mayoritariamente en las empresas públicas, con estrategias de empleo con apoyo. La Ley no se cumple en relación a que todas las empresas que tengan más de 50 empleados han de tener un 2-3% de personas discapacitadas contratadas y la administración pública el doble. Si esta ley se cumpliera se ayudaría mucho a la rehabilitación laboral de estas personas.

En la estrategia de empleo con apoyo hemos identificado dos tipos de monitores esenciales. Por una parte, el buscador de empleo, que ha de seguir una estrategia determinada, consistente en análisis de mercado laboral, marketing empresarial, contactos con los empresarios y análisis del puesto de trabajo. Y otro tipo de monitores es el preparador o "ayudador" del usuario, que debería conocer la accesibilidad, la motivación del usuario, las habilidades conductuales y promover, sobre todo, relaciones de confianza y de colaboración. En el seguimiento de estos pacientes que se incorporan al mercado laboral es clave buscar una persona, en el ámbito del trabajo, con la que el usuario pueda contactar y establecer un vínculo.

Por último, referente a la quinta línea de actuación sobre la representación social, ha sido posible al implicar en la labor de la rehabilitación laboral a todas estas personas de prestigio de la sociedad vasca, así como, al implicar a los empresarios, o en artículos nuestros en la revista de los empresarios o en los medios de comunicación social. Con ello vamos cambiando las actitudes de la sociedad.

El Proyecto Reinserción Social y Laboral de las Personas con Enfermedades Mentales Crónicas, (RISEM).

La última conferencia de las jornadas fue la que presentó **D. Santiago Rodríguez Hernández**, Director del Proyecto RISEM, quien nos disertó sobre la **Experiencia Canaria de Inserción Social y Laboral de los Enfermos Mentales Crónicos**. Su disertación se acompañó de un vídeo

de 40 minutos que ilustró visualmente el proceso de rehabilitación e inserción laboral de estos pacientes; claramente se pudo apreciar el antes y después de las diferentes iniciativas de intervención que se fueron poniendo en marcha.

El Proyecto RISEM es un programa que está comprometido con los principios de la psiquiatría comunitaria al establecer como eje central de su acción la integración en la comunidad de las personas que padecen una enfermedad mental crónica. Y este aspecto adquiere un mayor valor cuando en el Archipiélago Canario la red asistencial pública de la atención psiquiátrica camina hacia la reforma psiquiátrica.

El riesgo de abandono de las personas que padecen de esquizofrenia, una vez remitida su sintomatología activa, motivado por la fuerte presión asistencial de otros grupos de población, la falta de programas específicos de intervención y de personal especializado en el abordaje comunitario de los problemas de la cronicidad de las enfermedades mentales y el reducido número de profesionales interesados en orientar su trabajo hacia una población con cambios lentos, a largo plazo y, con frecuencia, limitados, hacen que el RISEM nazca con el compromiso de realizar una contribución continuada con estos enfermos mentales.

El RISEM trabaja en el convencimiento, y que espera demostrar, de que a los enfermos mentales se les puede abrir un espacio real y de igualdad de oportunidades en la comunidad, aun sabiendo que la tasa media de desempleados que en la actualidad sufre la comunidad canaria es del 19.09%, que duplica la media de la Comunidad Económica Europea y que, en la Comarca Sur de la Isla de Gran Canaria es del 14,6%. De las demandas de empleo, las mujeres representan el 56,29%, y los hombres el 44.81%. La mayor tasa de desempleados, el 66,48%, se concentra en el grupo de edad de los 20 a los 39 años de edad, siendo mayor su impacto en el grupo de las mujeres.

La realidad de estas cifras, la ausencia de tradición y formación rehabilitadora, el estigma en la comunidad del enfermo mental, la rigidez del marco legislativo benefactor y el pesimismo de muchos hacia la potencialidad de los pacientes no han sido elementos capaces de movilizar las energías de solidaridad y conocimiento de las instituciones y de los profesionales del sector, para demostrar que las personas que padecen de una enfermedad mental pueden vivir, aprender y trabajar en la comunidad. Para el RISEM la verdadera reforma psiquiátrica es aquella que no deposita a los pacientes en la comunidad, sino que se compro-

mete y establece una alianza terapéutica y liberadora con los pacientes, para que no caigan por las grietas del sistema.

Para facilitar este objetivo el RISEM oferta a las personas con enfermedades mentales crónicas un Programa Psicosocial Integrado de Abordaje Terapéutico, mediante el contacto continuo con los pacientes y sus familias. El proyecto RISEM no es una agencia de colocación laboral para los enfermos mentales, sino un programa de rehabilitación psicosocial, integral e integrado en la comunidad, financiado con dinero público de los contribuyentes canarios y/o europeos.

A las personas que son asistidas en el proyecto RISEM, personas que padecen de esquizofrenia, se les proporciona un conjunto unitario de abordajes terapéuticos de forma individual y/o grupal, consistente en:

- **Control y seguimiento de la medicación neuroléptica y de sus efectos secundarios**, a través de la Cartilla DEPOT, donde se anota por su psiquiatra y/o enfermera la medicación que recibe el paciente y su periodicidad. Se intenta seguir, para la prevención de recaídas en la esquizofrenia, las recomendaciones consensuadas por un grupo de clínicos con experiencia en este campo, realizadas en 1989, en Brujas, (Bélgica). La importancia de la medicación, en combinación con otras técnicas psicosociales, ha sido demostrada en numerosos trabajos de la literatura científica. Un seguimiento adecuado de la medicación, en dosis y tiempo, conjuntamente con el empleo de sesiones psicoeducativas con las familias, reduce sensiblemente las tasas de recaídas, véase la tabla V:
- **Sesiones de psicoeducación paralelas a los pacientes y a sus familias**. Su objetivo es facilitar a través del diálogo la resolución de problemas entre los miembros de las familias, mediante la comprensión de la enfermedad y su tratamiento y la constitución de grupos de autoayuda.
- **Adiestramiento en habilidades sociales**. Su objetivo es mejorar las capacidades de funcionamiento social y de relación con los demás. Las habilidades que mayor interés tienen para nosotros son: conversación básica; hacer amigos; manejar la medicación; la conducta sexual; el manejo del dinero; la búsqueda de empleo; la educación sanitaria y el fomento de un estilo de vida saludable.
- **Habilidades ocupacionales**. Optimizar las capacidades vocacionales y/o laborales, atendiendo a: la historia laboral previa y el inte-

rés de cada persona, a las ofertas de empleo público en la comunidad donde se desarrolla el proyecto y mejorar determinados aspectos de su aprendizaje. Esto ha permitido que antes de su incorporación al trabajo competitivo se realice una preparación prelaboral, desarrollando actividades de trabajo en beneficio de la comunidad.

Tabla V

Tasa de recidiva en uno y dos años en los estudios en los que se comparó el tratamiento familiar con los cuidados habituales o con otros tratamientos psicosociales.

Tratamiento	n	Definición	Tasa de recidiva (% pacientes)	
			1 año	2 años
Leff y cols. (1982, 1985), estudio 1	19	Síntomas		
Familiar (hogar y clínica)			8 ¹	50
Cuidados habituales			50 ¹	75
Hogarth y cols. (1986, 1991)	90	Síntomas		
Familiar			19	29
Familiar + formación en destrezas sociales			0	25
Formación en destrezas sociales			20	50
Cuidados habituales			38	62
Falloon y cols. (1982, 1985)	36	Rehospitalización		
Familiar			11 ¹	22
Psicoterapia individual			50 ¹	56
Randolph y cols. (1994)	41	Síntomas		
Familiar			14	NA
Cuidados habituales			55	NA
Tarrier y cols. (1988, 1989)	72	Síntomas		
Grupo familia - otros			12 ¹	33
Cuidados habituales, alta EE			49 ¹	39
Cuidados habituales, baja EE			-- ¹	33
NA, no aplicable; EE, expresión emocional				
¹ 9 meses				
N.R. Schooler				
<i>International Clinical Psychopharmacology, (1995), 10 Suppl. 3, 73-80</i>				

• **Habilidades recreativas y de ocio.** Estructurar el tiempo de ocio y de juego de los pacientes, de acuerdo a sus preferencias individuales.

Pero este programa de rehabilitación psicosocial de atención continua también nace con la voluntad y el compromiso de su EVALUACIÓN. Los efectos beneficiosos que hacemos público y esperamos de nuestra atención continua son los siguientes:

- Una disminución del número de recaídas.
- Una disminución del número de hospitalizaciones y de días de estancia en el hospital.

- Una mejoría en el funcionamiento social.
- Una mejoría de la carga familiar y del sufrimiento de las familias.
- Una mejora en la incorporación al mundo laboral competitivo de las personas con enfermedad mental crónica.
- Una mejora subjetiva de la calidad de vida de los pacientes.

Por ello, una vez establecido el modelo terapéutico de intervención, tuvimos que establecer, en colaboración con la Unidad de Salud Mental de Vecindario, (Santa Lucía), un censo de las personas que padecen de esquizofrenia en la Comarca Sur de Gran Canaria, ya que el sistema público de atención carecía de esta información, con el fin de conocer unas mínimas características sociodemográficas y clínicas. Posteriormente se contactó telefónicamente con cada una de las familias de los enfermos, para explicarles los objetivos del proyecto e invitarles a participar en el mismo. En el caso de que se diera su consentimiento a participar se firmaba un contrato de colaboración de derechos y deberes entre las partes. Habría que añadir que para todos los profesionales del proyecto fue de una gran satisfacción la forma en que el proyecto fue recibido por los familiares de los enfermos.

En este primer contacto aparecieron las primeras dificultades para lograr la reinserción laboral de los pacientes que pudieran acogerse al proyecto, debido a la legislación vigente. En concreto, se deben mencionar aquí aquellas situaciones en la que los pacientes tienen una invalidez permanente por su enfermedad mental y reciben una pensión; las posibilidades de rehabilitación laboral en el mercado ordinario choca con las leyes administrativas, las cuales obstaculizan las posibilidades de rehabilitación de una persona y nos hace también reflexionar sobre la necesidad de ser más cuidadosos médicamente con los diagnósticos de invalidez. Por otro lado, decir que la incorporación de las mujeres a nuestro proyecto tropezó inicialmente con muchas resistencias por parte de sus familiares más cercanos, pero, por otro lado, aquellas que se incorporaron al mismo han mostrado un nivel de asistencia y participación muy notable.

Seguidamente, y antes de comenzar con el programa terapéutico, se abrió un proceso de acogida de las personas que iban a participar con nosotros durante tres años. En este proceso de presentación del equipo y los pacientes, y de éstos entre sí, se comenzó la evaluación individual de la situación psicopatológica, familiar, social y laboral de cada sujeto.

Esta evaluación individualizada se realizó a través de las entrevistas con los pacientes y familias y se emplearon numerosas escalas para valorar la presencia o ausencia de síntomas, discapacidades funcionales, necesidades, cargas familiares, el conocimiento de la enfermedad y la calidad de vida. Posteriormente se dio comienzo al proceso de terapias individuales y/o grupales y con las familias de cada uno de los pacientes, con un seguimiento diario y en base al Plan Individualizado de Rehabilitación, que se elaboró para cada uno de los usuarios y en función a la información recogida.

A medida que se iban incorporando los usuarios al proyecto, se les iba incluyendo en un programa de adaptación diseñado previamente y que tenía como objetivos: 1.- Favorecer la asistencia y habituación a una jornada activa. 2.- Potenciar el conocimiento de los usuarios entre sí y la consolidación como grupo. 3.- Conocer in situ las aptitudes, actitudes, los comportamientos y qué factores les producen estrés y/o ansiedad. 4.- Conocer aquellos otros aspectos de importancia en la vida de los pacientes: intereses, expectativas, gustos, etc., que permitan mejorar el programa de actividades formativas y de ocio. 5.- Mejorar determinados aspectos y habilidades personales: hábitos de higiene, utilización del transporte público, realizar gestiones en organismos oficiales, etc. 6.- Mentalizar al paciente sobre el proceso de trabajo posterior: formación laboral, incorporación a un puesto de trabajo, etc.

Pasado un cierto tiempo, que variaba en función del estado psicofísico de cada uno de los usuarios del Proyecto, se daba paso al proceso formativo en distintas actividades y/o profesiones: jardinería, agricultura, pintura, inglés, informática, etc. Cuando las condiciones de los pacientes lo permitían, hemos intentado llevar a cabo, de forma simultánea, las terapias individuales y/o familiares, con la realización de alguna actividad formativa y/o laboral. Así, pusimos en marcha el taller de cocina que inicialmente no estaba previsto; en él, además de enseñar a los enfermos a usar la cocina y todos los utensilios, les enseñamos a hacer la compra con criterios de ahorro y calidad y, por supuesto, a cocinar platos sencillos, teniendo como referencia un menú bastante equilibrado. Este taller ha resultado finalmente muy eficaz, ya que los padres de la mayoría de los enfermos son muy mayores y ellos lo encuentran de gran utilidad, de cara a una futura independencia.

Ciñéndonos al objetivo principal del Proyecto RISEM, - la incorporación de los enfermos mentales al mercado laboral ordinario -, tendríamos

mos que manifestar que, por una lado, hemos creado dos cuadrillas que hemos denominado prelaborales; en ellas hemos encuadrado a los usuarios que ya están en condiciones de trabajar, pero que no hemos podido gestionarles la contratación en una empresa, porque poseen pensiones de distintos tipos. No obstante, estamos haciendo un trabajo que ya empieza a ser reconocido por la población, ya que con estas cuadrillas estamos rehabilitando edificios y zonas públicas, cuyo resultado final no se diferencia del realizado por profesionales; estas cuadrillas realizan las siguientes tareas: limpiar, recoger escombros, raspar, lijar, empastar, pintar, podar, regar, plantar, abonar, instalar riego por goteo, etc. Hacemos un plan de actuación del edificio o zona pública que pretendemos mejorar o restaurar y solicitamos permiso para realizarlo, corriendo inicialmente el Proyecto con todos los costes. El objetivo es poner en práctica los conocimientos adquiridos y seguir preparándolos para su posterior contratación por la empresa.

Por otro lado, se han creado diversas cuadrillas formadas por los usuarios que no tienen pensiones y que ya están contratados en diversas áreas profesionales: en la agricultura, por una empresa que cultiva tomates para la exportación, siendo éste el primer grupo de personas que padecen de esquizofrenia que se integran a nivel laboral en una empresa. La empresa privada CLUSA, de embellecimiento y limpieza urbana, contrató a otro grupo de usuarios de este proyecto. En total hemos podido gestionar hasta este momento la contratación de 18 personas con Esquizofrenia.

Para trasladar y recoger a los usuarios en los distintos puntos de trabajo, además de llevar todos los materiales que necesitan estas cuadrillas para desarrollar su labor, el Proyecto ha alquilado un furgón, el cual se ha convertido en un elemento imprescindible para el trabajo diario.

Los enfermos que aún no están en condiciones para integrarse en ninguna de estas cuadrillas continúan su proceso de formación en los talleres del Proyecto.

En todo este complejo y sistemático proceso hemos procurado que las acciones llevadas a cabo por nuestro proyecto fuesen visibles para todos. Por ejemplo: la divulgación de un díptico sobre la esquizofrenia que ha llegado a todos los centros de salud de nuestra isla; la presencia física de los pacientes en la calle, ya sea a través de sus prácticas laborales en la mejora de edificios públicos, como la guardería y/o el Ayuntamiento de Santa Lucía, como su presencia en la organización de

este curso; con la publicación de noticias periódicas en los medios de comunicación social, ofreciendo información sobre los aspectos más relevantes de nuestra labor; con la participación en actos con las asociaciones de vecinos del municipio; o en reuniones con empresarios de la zona.

Quisiera concluir expresando nuestra satisfacción, ya que, a pesar de todas las dificultades, el Proyecto RISEM está consiguiendo por primera vez en la historia del Archipiélago Canario, con una población exclusivamente constituida por personas con enfermedades mentales crónicas (esquizofrenia), algo que no parecía posible: sacarlos de las casas, ayudarles en su proceso de formación e integrarlos social y laboralmente. Asimismo, desearía expresar nuestro agradecimiento a los familiares y/o pacientes por su inestimable colaboración.

El Proyecto RISEM

El proyecto RISEM (Reinserción Social y Laboral de Personas con Enfermedades Mentales Crónicas) es una iniciativa que nace en el área sur de la isla de Gran Canaria (municipios de: Agüimes, Ingenio, Mogán, San Bartolomé de Tirajana y Santa Lucía), financiado conjuntamente por la Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno de Canarias y el Fondo Social Europeo. *El objetivo último de este proyecto es la integración en la comunidad y en la vida laboral de aquellas personas que sufren una enfermedad mental crónica.*

Por ello, el Proyecto RISEM constituye una innovación y un desafío importante al apostar por los derechos de un colectivo de personas que, hasta no hace mucho, era usualmente olvidado, cuando no marginado, por la sociedad en su conjunto.

Entidad Gestora:

Entidades Colaboradoras:

Entidades Cofinanciadoras:



Ayuntamiento
SANTA LUCÍA



Dire. Ayuntamiento
de la
Villa de Agüimes



Dire. Ayuntamiento
de la
Villa de Ingenio



Dire. Ayuntamiento
de
Mogán



Dire. Ayuntamiento
de
San Bartolomé de Tirajana



GOBIERNO DE CANARIAS
DIRECCIÓN GENERAL DE
SERVICIOS SOCIALES



Fondo Social
Europeo