

ATENCIÓN COMUNITARIA,
REHABILITACIÓN Y EMPLEO
CUIDADOS NA COMUNIDADE
REHABILITAÇÃO E EMPREGO

II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental

II Congreso Ibérico de Saúde Mental

Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo

Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental
II Congreso Ibérico de Saúde Mental

MIGUEL ÁNGEL VERDUGO ALONSO
DESIDERIO LÓPEZ GÓMEZ
ARGIMIRO GÓMEZ SÁNCHEZ
MARTA RODRÍGUEZ LÓPEZ
(Coordinadores)

Publicaciones del INICO
Colección Actas 3/2003

Salamanca, 2003

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	11
CONFERENCIAS	
Revisión del marco conceptual y de los fundamentos de la atención comunitaria en salud mental <i>José García González</i>	15
Integración en el trabajo para personas con enfermedad mental. Investigación y práctica <i>Geoff Shepherd</i>	29
El acceso al empleo de personas con trastorno mental severo como proceso intersectorial. Una visión desde Andalucía <i>Marcelino López Álvarez</i>	41
Las personas con enfermedad mental grave y crónica <i>Abelardo Rodríguez González</i>	67
Centros de rehabilitación laboral <i>Teo Sobrino Calzado</i>	97
Tratamiento comunitario asertivo <i>Mariano Hernández Monsalve</i>	127
Empleo con apoyo y salud mental <i>Miguel Ángel Verdugo Alonso y Borja Jordán de Urríes</i>	153
MESAS REDONDAS	
Capacitación (<i>Empowerment</i>) Grupal, organizacional y comunitario:	
La rehabilitación psicosocial integral con y en la comunidad <i>Ramón Blasi i Ras</i>	167
Organizaciones sanas. Organizaciones para el desarrollo <i>Luis Fernández-Ríos</i>	189

Rehabilitación y atención comunitaria. Perspectivas desde España y Portugal:	
Rehabilitación y atención comunitaria. Perspectivas desde España y Portugal: perspectiva de Portugal <i>Álvaro Carvalho</i>	217
RELACIÓN ENTRE REDES:	
Relación entre redes: continuidad de cuidados <i>Francisco Chicharro Lezcano</i>	223
Red de salud y red social <i>Pablo G.^a- Cubillana de la Cruz</i>	241
ESQUIZOFRENIA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA:	
Plan integral de atención al trastorno mental severo en la comunidad: dispositivos, programas y servicios <i>Lluís Lalucat, Dolors Casalé, Àngels Català, Àngels Ciutat at al.</i>	267
Prevenção das recaídas em pessoas com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas <i>Joaquim Gago, Olívia Oliveira e Cristina Moreira</i>	289
EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL:	
La escuela como comunidad de aprendizaje: el camino hacia una educación inclusiva <i>Gerardo Echeita Sarrionandia</i>	295
Problemas na implementação de intervenções familiares com doentes psicóticos <i>Manuel Gonçalves pereira y Miguel Xavier</i>	305
RED ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL:	
Unidades de hospitalización breve: ¿un nuevo modelo de atención psiquiátrica hospitalaria? <i>José Luis Fernández Sastre, Águeda Rojo Pantoja y Ana M.^a Fernández Castro ..</i>	311
Salud mental y atención primaria. Algunos porqués <i>Ander Retolaza Balasategui</i>	317
FORMACIÓN Y EMPLEO:	
Programas de formación <i>Ignacio Calvo Calle</i>	327

Orientación laboral <i>Desiderio López Gómez</i>	347
TALLERES OCUPACIONALES:	
Habilidades laborales de personas con enfermedad psiquiátrica ingresadas en la unidad de rehabilitación de Hospital "Los Montalvos" de Salamanca: evaluación e intervención <i>Mónica Martín Escudero, Manuel Morollón Hernández y Cristina Jenaro Río...</i>	359
O trabalho na reabilitação de pessoas com doença mental crónica <i>Mário do Carmo Pereira</i>	379
Ateliers ocupacionais <i>Margarida Cordo</i>	391
Centros especiales de empleo <i>Ricardo Martínez Gallardo</i>	399
SOCIEDAD CIVIL Y REHABILITACIÓN LABORAL:	
Un modelo de rehabilitación laboral desde la iniciativa de la sociedad civil <i>Teresa Orihuela Villameriel, Raquel Conde Díez y Pablo Gómez Conejo</i>	405
Papel das organizações não governamentais na reabilitação psicossocial <i>Isabel Fazenda</i>	426
Voluntariado en salud mental <i>Argimiro Gómez Sánchez</i>	431
EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA:	
Informe sobre los recursos y el funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Valencia. Una evaluación sin medios <i>Manuel Gómez-Beneyto, Manuel Girón Jiménez, Mikel Munarriz Ferrandis, José Salazar Fraile y Rafael Tabarés Seisdedos</i>	439
DIFERENTES MODELOS DE EMPRESAS SOCIALES:	
Reflexión sobre la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental severa <i>Garbiñe Etxebarria Martín et alt.</i>	495
O impacto da parceria comunitária na inclusão sócio-profissional de pessoas com doença mental <i>Rute Isabel Loureiro Rumo</i>	505

PRÓLOGO

Este libro recoge la mayoría de las ponencias del II Congreso de Rehabilitación de Salud Mental y II Congreso Ibérico de Saúde Mental, organizado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad junto al Consorcio Hospitalario de Salamanca, así como junto a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y a la Asociación Portuguesa de Saude Mental (APSM).

Con el lema "Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo", se presenta un avance de los procesos de rehabilitación de la salud mental tan relevante como olvidado, dentro de la celebración del Año Europeo de la Discapacidad. Identificar las necesidades y poder diseñar programas de atención y un apoyo en la comunidad, debe ser y es prioritario para los servicios sanitarios y dispositivos sociales en España y Portugal.

La rehabilitación psicosocial, laboral y el apoyo comunitario, deben significar una mejora de funcionamiento y autonomía de las personas, en su entorno, participación e integración normalizada.

Por lo tanto, esperamos que esta actividad sirva para el continuo desarrollo de tareas dentro de nuestra comunidad.

Por último, agradecer a todos nuestros compañeros que colaboran día a día para poder crear estos lugares de encuentro e intercambio profesional, cultural y humano. Y a entidades colaboradoras como la Diputación de Salamanca, Junta de Castilla y León, Caja Duero y La Caixa, ya que sin todos ellos, no hubiera sido posible seguir avanzando en las perspectivas y situación actual de la Salud Mental.

MIGUEL ÁNGEL VERDUGO y MARTA RODRIGUEZ
Coordinadores

Conferencias

REVISIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL Y DE LOS FUNDAMENTOS
DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

José García González
Psiquiatra. Jefe de servicio.
Centro de S. Mental. Hospital Central de Asturias. OVIEDO

1. LOS FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

A comienzos de los años sesenta, en los países del sur de Europa más tarde, se produce una clara quiebra del paradigma psiquiátrico y surgen nuevas ideas procedentes de disciplinas distintas: la sociología, sanitarias, ciencias de la conducta, económicas y políticas, que amplían el campo de análisis de la enfermedad mental y de su asistencia; dentro de ellas adquieren un relieve especial los aspectos psicosociales y, sobre todo la influencia de nuevas ideas procedentes del campo de la salud pública de raíz ecológica.

Hay un cambio del enfoque flexneriano predominante hasta entonces, caracterizado por una educación médica centrada en la especialización, en el adiestramiento clínico y en el estudio de las ciencias básicas, desdeñando el análisis de los factores sociales, optando por un modelo individualizado y mecanicista de la salud/enfermedad.

Los enfoques mecanicistas habían contribuido a establecer una separación rígida y artificial entre los factores biológicos y los psicosociales y han obstaculizado la concepción integral de los trastornos mentales y de las enfermedades en general.

La psiquiatría comunitaria ha surgido como una alternativa a la asistencia basada en las instituciones hospitalarias e intramurales, en las que predominaban la función custodial y los efectos del aislamiento y de institucionalización; en las que se realizaba el control mediante un poder panóptico que ejercía la vigilancia continua.

Los rasgos más novedosos de los conceptos que informan la atención comunitaria en salud mental (García, J. 1996) son:

- Salud y enfermedad como dos polos de un proceso con una importante base colectiva y poblacional, que son expresión de la integración entre las colectividades humanas y su entorno aunque tengan una manifestación individual.
- Concepción integral de la persona: el fenómeno salud/enfermedad presenta aspectos o componentes biológicos, psicológicos y sociales.
- Se introduce el concepto de sujeto o persona en relación frente a la idea de enfermedad como anomalía o deficiencia de una función de un aparato. La concepción ecológica otorga gran importancia a la dimensión relacional, pues a la postre el trastorno mental es un problema de relación consigo mismo y/o con los otros.
- La consideración de los trastornos mentales como problemas de salud, susceptibles de recibir una atención preventiva, curativa y rehabilitadora.
- Se crea una nueva expectativa con respecto a las posibilidades de evolución de la cronicidad.
- La necesidad de tener en cuenta los problemas de salud de una comunidad y el entorno social, y no solo de los que llegan al hospital.
- Se acotan los ámbitos territoriales de la atención para conocer mejor los problemas de salud de una población, pero sobre todo para disponer de un denominador que de sentido a las conductas anómalas y facilite su comprensión. Lo que presupone que el comportamiento se configura, en gran medida, por medio de las interacciones con el entorno y con otros sujetos.
- El nuevo objeto de atención: el sujeto en relación con otros sujetos y con un contexto exige la concurrencia de varias disciplinas y profesionales para abordar un campo que se amplía.

- Esto da lugar a la introducción de nuevas tecnologías: el trabajo en equipo multidisciplinar.

Todos estos fundamentos y enfoques han tenido sus efectos en el plano organizativo derivando de ellos un sistema de servicios con las siguientes características:

- Servicios cerca del domicilio, incluidos atención hospitalaria general para ingresos agudos y residencias para largas estancias en la comunidad.
- Intervenciones relacionadas con la discapacidad además de con los síntomas.
- Tratamiento y asistencia específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada individuo.
- Una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de personas con trastornos mentales.
- Servicios coordinados entre los profesionales de salud mental y los organismos comunitarios. Desarrollar estructuras de dirección y coordinación que posibiliten la actuación integrada de los servicios existentes, garantizando la continuidad asistencial (OMS: informe 2001).

1.1. CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO

La implantación de este sistema de atención comunitaria se produce en un **contexto** caracterizado por una situación de pleno empleo, unas relaciones laborales con influjo de las teorías de las relaciones humanas en el trabajo y el desarrollo de las políticas sociales y del estado de bienestar en los países más avanzados en su aplicación.

En la década de los sesenta y setenta se produce en el orden ideológico la crítica social inspirada en el proyecto emancipatorio marxista: la crítica se centraba en la desigualdad y el egoísmo como factores destructores de la solidaridad comunitaria e inductores del individualismo.

2. LOS CAMBIOS QUE HAY QUE TENER HOY EN CUENTA

Los conceptos teóricos y los fundamentos de las intervenciones en salud mental comunitaria deben tener en cuenta los cambios y los nuevos requerimientos si pretenden mantenerse vigentes, puesto que una característica básica de la atención comunitaria es su vinculación con la realidad circundante.

Reviso a continuación algunos de los cambios que me parecen más relevantes a este propósito:

2.1. CAMBIOS CULTURALES, EN LA EXPRESIÓN POLÍTICA Y DE ESTRUCTURACIÓN DE LA COMUNIDAD

El concepto de explotación que definía las relaciones de clase desapareció de los análisis sociales y ha sido sustituido por el de exclusión, que ya no entronca directamente con el trabajo sino con diversas carencias y con la restricción en la participación social. La pobreza, las carencias de domicilio, –los sin techo-, de empleo, de formación, de salud –trastornos crónicos– y de “papeles” son las variables más ostensibles y determinantes en el proceso de exclusión.

Se produjo la desafiliación tanto sindical como política al tiempo que una crisis de los canales tradicionales de participación política. Por otra parte, surgió una nueva forma de participación ciudadana a través de organizaciones de autoayuda y humanitarias, las llamadas

organizaciones no gubernamentales –ONG–. Un asociacionismo con un tipo de vinculación más afectiva y emocional, con dinámicas que Botanski llamó “la tópica del sentimiento” (Botanski, V).

El sentido de comunidad fue decayendo a favor de la búsqueda de identidad, la comunidad no opera como una referencia general para la persona. Como dice J. Young “la identidad se inventa cuando se colapsa la comunidad”. Surgen grupos y colectivos que buscan en la afirmación de la diferencia una identidad (gays, minorías étnicas, minorías religiosas). La búsqueda de identidad lleva a destacar el ser diferente, por lo que contribuye a dividir y separar.

La comunidad emerge ahora mediante asociaciones y entidades vinculadas a intereses sectoriales: asociaciones de familiares y de afectados, por patologías, asociaciones de usuarios y consumidores, y las de carácter altruista y fines humanitarios, todas ellas de especial interés para generar apoyos e intercambios, aunque se muevan en espacios microcomunitarios.

2.2. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y NUEVAS FORMAS DE CONVIVENCIA

Son muy relevantes los cambios habidos tanto en la estructura social de las familias como en la estructura sociodemográfica de las poblaciones, que pueden ser ya de por sí una fuente de información sobre el estado de salud y las necesidades de la población, caracterizados por envejecimiento de la población, el incremento de hogares unifamiliares y personas que viven solas. Estamos ante un fenómeno de especial relevancia tanto en el orden social como en la aparición de nueva vulnerabilidad y patologías.

Esos factores de riesgo han sido puestos de manifiesto este verano pasado, en Francia y, en menor medida, en España, pues la soledad y el desamparo asociados al intenso calor han sido responsables de la mortandad de personas mayores que tanta repercusión ha tenido en el país vecino.

2.3. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS Y CULTURA DEL MESTIZAJE

España está experimentando un intenso movimiento migratorio, aunque con retraso con respecto a otros países europeos, cuyos efectos van a repercutir en la aparición de nuevos grupos de excluidos, con evidente incremento de su vulnerabilidad, y en las formas de expresar la psicopatología.

Sabemos que las creencias, las costumbres y los estilos de vida que influyen en la salud forman parte de la cultura. En nuestro país conviven ya culturas muy distintas y esta situación generará nuevas exigencias a la práctica clínica. Habrá que afrontar nuevos aspectos marcados por las diferencias culturales y fenómenos vinculados a las pérdidas, las crisis de identidad y otros, como “las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional”¹, (Hochschild, A. R.) que van a hacer más complejos los factores determinantes de esa vulnerabilidad y la expresión psicopatológica.

2.4. NUEVAS FORMAS DE RELACIÓN CON EL TRABAJO

¹ Russel Hochschild A: las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional., relacionado también con lo que se ha denominado como la globalización de la maternidad y con los cuidados de niños que hacen mujeres emigrantes que han dejado sus hijos en su país.

En materia de relaciones laborales estamos ante formas nuevas e inciertas. Ahora se postula como un valor la flexibilidad y la adaptabilidad. La estabilidad en el trabajo desaparece y se preconiza la movilidad y la disponibilidad para cambiar de ciudad, de compañeros y de tarea.

Como consecuencia de la flexibilidad, que se invoca necesaria para adaptarse a los cambios y a la competitividad del mercado, se ha producido una situación de precariedad –que afecta ya al 31% de la población asalariada en nuestro país– (datos Eurostat) que tiene gran repercusión en múltiples aspectos de la vida de las personas que la sufren. Así, las mujeres con trabajo temporal tienen la tasa de fecundidad más baja, con 0,65 hijos por mujer.

En todo caso esta situación de inestabilidad e incertidumbre son fuentes de ansiedad y de otros impactos personales que se han descrito como “la corrosión del carácter” (Sennett, R.) y está influyendo en una parte importante de la demanda que llega a los dispositivos de salud mental (confirmar situaciones de mobing, bajas laborales incremento de trastornos somatomorfos, etc.)

2.5. LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y EL INCREMENTO DE LA MORBILIDAD Y DE LAS DEMANDAS

Como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico se está produciendo un notable incremento de la morbilidad. Dentro de esa tendencia hay que mencionar que las enfermedades mentales representan un porcentaje del 9,5% entre los factores o causas que generan años de vida perdidos por mortalidad y discapacidad, por lo tanto se sitúan como un importante problema de salud pública, por encima del cáncer (un 6%) y muy próximo a las enfermedades cardiovasculares (12%).

El análisis de las tendencias arroja datos que prevén que esa carga aumentará rápidamente en el futuro y que llegará al 15% en el 2020 (OMS-Informe 2001).

Dentro de la confluencia de factores que están configurando nuevos patrones de morbilidad y nuevas demandas en salud mental tiene especial importancia el fenómeno de envejecimiento de la población.

En las últimas décadas la población mayor española ha experimentado un crecimiento muy considerable. El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos treinta años, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento de la población total).

Este fenómeno del envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes, como muestran la evolución prevista de la estructura de la población española durante el período 1991-2021, que se recoge en la tabla siguiente, y la comparación entre las pirámides de población en ambos años (Tabla 1).

Una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, esto es, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento interno de la población mayor, el grupo constituido por las personas de 80 y más años se ha duplicado en sólo veinte años (los transcurridos entre 1970 y 1990) pasando de medio millón a más de 1,1 millones de personas, y todo hace prever que su

número superará los 2,25 millones en el año 2016, lo que en términos relativos supone que, para esa fecha, el 5,6 por 100 de los españoles tendrán más de 80 años. La evolución de la composición interna de la población mayor de 65 años (tabla 2) muestra cómo en el año 2016 tres de cada diez personas mayores de 65 años superarán, a su vez, los 80.

Todos los expertos que estudian las consecuencias que para las sociedades modernas tiene el fenómeno del envejecimiento coinciden en afirmar que el problema fundamental es *cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes*, cuyo número se está viendo enormemente incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad.

La dependencia se manifiesta asociada a la discapacidad que no es algo que afecta exclusivamente a los mayores. Cuatro trastornos psiquiátricos –la depresión unipolar, los trastornos asociados al abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar– se encuentran entre las diez primeras causas de discapacidad (OMS, 2001).

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, en España hay más de 3.528.000 personas con discapacidad (Real Patronato sobre discapacidad, 2002).

Evidentemente, la prevalencia de las situaciones de discapacidad está fuertemente relacionada con la edad². Más del 32 por ciento de las personas con 65 y más años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las que tienen entre 6 y 64 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5%. A partir de los 80 años las tasas de prevalencia de las discapacidades aumentan sustancialmente. Para el grupo de edad comprendido entre 80 y 84 años, la tasa es del 47,4 por ciento y para el de 85 y más años llega al 63,6 por ciento.

Además, asociada a la edad hay un incremento de la morbilidad psicopatológica: se detectan alteraciones en un 50% de las personas mayores ingresadas en los hospitales y un 40% de trastornos depresivos mayores asociados a la demencia. La encuesta nacional de salud confirma también que la depresión se incrementa con la edad y que, según sus resultados, afectaría al 6 de hombres y 14% e mujeres mayores de 65 años.

En total, el número de personas con discapacidades para alguna de las actividades de la vida diaria consideradas en la encuesta es de algo más de 2.215.000 (ver tabla 3).

2.6. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA Y DISPONIBILIDAD DE LOS SOPORTES FAMILIARES

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia, motivado por el envejecimiento de la población y por el incremento de la morbilidad, coincide en el tiempo con cambios importantes en el modelo de familia y con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo, fenómenos ambos que están haciendo disminuir sensiblemente la capacidad de prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a hacer crisis, sea insostenible a medio plazo. Este fenómeno es muy importante por el papel que juegan en España los apoyos familiares a las personas con trastornos mentales y también porque se está constatando que las familias que están responsabilizadas en exclusiva del cuidado de personas dependientes se hacen más vulnerables e incrementan el riesgo de morbilidad psiquiátrica y general. Es una evidencia que la sobrecarga familiar y la tensión emocional consecuentes –la alta emoción expresada– son un factor determinante en la producción de recidivas (Leff & Gamble, 1995; Dixon *et al.* 2000, citados en informe OMS, 2001). Nuestra experiencia con los centros de día para personas mayores con demencia confirma también los efectos positivos de compartir la responsabilidad de los cuidados con las familias y aliviar su tensión emocional.

² La prevalencia de discapacidad en España antes de los 30 años es ostensible inferior que la referida como media de los países comunitarios.

La insostenibilidad del modelo de apoyo informal y familiar se debe no solo a razones demográficas sino también a las transformaciones que están experimentando las estructuras familiares, que, a modo síntesis, expongo a continuación:

- La desaparición de la familia extensa, que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros.
- El desdibujamiento del perfil de institución permanente de la familia, que se traduce en un incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios.
- La creciente movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar.
- La variedad de modelos familiares que coexisten (incremento de personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho).
- La democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja; la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los 30 años,
- Y, sobre todo, los cambios profundos en la posición social de las mujeres y, por ende, en su rol dentro de la familia.

Este conjunto de circunstancias ha sometido a la familia a importantes tensiones de adaptación. La institución familiar sigue cumpliendo sus funciones clásicas, pero se ha visto obligada a hacer frente, además, a nuevas demandas, como resultado del retraso en el proceso de la independencia de los hijos y de la mayor carga de cuidados que supone el incremento en el número de personas dependientes. Estas cargas recaen fundamentalmente en las mujeres de las generaciones intermedias, y entran en contradicción directa con las demandas derivadas del cambio del rol.

Esa situación de sobrecarga es un factor a tomar en cuenta a la hora de explicar la mayor prescripción de fármacos y la mayor prevalencia de depresión en la mujer.

Por otra parte, la difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado está originando un retraso de la maternidad y una brusca y continuada reducción de la misma y retroalimenta el fenómeno del envejecimiento.

2.7. LA EMERGENCIA DE NUEVOS DERECHOS SOCIALES Y LAS NUEVAS DEMANDAS

El modelo europeo de sociedad (Estado de Bienestar) parte del reconocimiento de una serie de derechos sociales básicos, garantizados por el Estado, que se configuran como auténticos derechos subjetivos".

La inmensa mayoría de los ciudadanos europeos consideran que la protección social es uno de los grandes logros de la sociedad europea y que es responsabilidad de los Estados garantizar este ámbito de protección ante la vejez, la dependencia, la discapacidad, la enfermedad y el desempleo y la aparición de nuevas necesidades sociales ha de suponer, en este contexto, la consolidación de nuevos derechos sociales.

Los nuevos derechos han cambiado la forma de relación de los usuarios con el sistema y no siempre de forma positiva: aumento de litigiosidad, incremento de la medicina defensiva, y condicionan la forma de expresar las demandas. En ese sentido se puede analizar, por ejemplo, la ley 41/2002 de autonomía del paciente, que recientemente ha entrado en vigor.

2.8. LAS DEMANDAS IMPROPIAS: LA MEDICALIZACIÓN DEL MALESTAR SOCIAL Y DE VIVIR

La importancia otorgada a las tecnologías, la cultura de delegación de responsabilidades en los técnicos –una de cada tres familias no se ve apta para la educación de los hijos y la delega en los profesores, según un estudio de la FAD-, los intereses de las propias corporaciones profesionales, que fomentan la delegación de esos problemas para lograr mayor influencia social y la presión medicalizadora producida por los intereses económicos de la industria farmacéutica– influyendo hasta en la nosología psiquiátrica –contribuyen a la medicalización de problemas de la vida cotidiana y sociales, y este fenómeno está teniendo mucha importancia en el volumen de la demanda que llega a los dispositivos de salud mental y la eficacia de sus respuestas.

3. LA NECESIDAD DE TOMAR EN CONSIDERACIÓN LOS CAMBIOS Y DE REFORMULAR ALGUNOS CONCEPTOS

Los fundamentos de la atención comunitaria siguen teniendo hoy plena vigencia y requieren un mayor desarrollo; por eso esta nueva realidad hace más exigibles, si cabe, la aplicación de las ideas de la atención comunitaria, con modelos organizativos flexibles y orientados siempre hacia las necesidades de los usuarios. Es evidente que estas nuevas demandas, que he descrito anteriormente, no pueden ni deben ser satisfechas con respuestas centradas en la hospitalización y alejadas del entorno donde las gentes viven y han creado sus relaciones. Algunos de estos nuevos fenómenos deben ser repensados y reformulados para producir nuevas ideas.

Me voy a detener en algunos a las que atribuyo especial interés y sobre los que quiero llamar la atención:

3.1. REPENSAR LA COMUNIDAD A LA LUZ DE LA ESTRUCTURA ACTUAL PARA CREAR REDES DE APOYO SOCIAL

Los apoyos no pueden producirse hoy a expensas de formas tradicionales de solidaridad, como la familia u otras de carácter general. Probablemente en las concepciones originales se contenían expectativas excesivas acerca de lo que podía aportar la Comunidad. Se esperaban cometidos que no llegaron a cumplirse, tales como promover la igualdad y ofrecer garantías colectivas frente a las incapacidades o desgracias individuales.

No corren tiempos de grandes ambiciones colectivas, persisten cuotas altas de desigualdad e individualismo. Se ha avanzado, por otra parte, en la cohesión social, gracias a una nueva estructura político administrativa de carácter democrático –el estado de las autonomías-, al desarrollo de sistemas de protección –sobre todo el sistema de salud y la cobertura de las pensiones no contributivas– y a la organización social de la sociedad civil mediante asociaciones de usuarios y movimientos sectoriales que constituyen un capital social y con los que es imprescindible trabajar para avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria (Putnam, R.).

El llamado tercer sector –integrado por asociaciones y fundaciones– es un fenómeno en alza en nuestro país. Existen hoy 28.500 entidades integradas en él, el 52% creadas en los últimos diez y el 70% de ellas desarrollan actividades relacionadas con la discapacidad y las personas mayores.

Se construyó una red de organizaciones aún joven con problemas de coordinación entre sí y la necesidad de acotar bien su espacio. Pero es evidente que una parte importante de la sociedad civil se organiza y participa de esa forma y esto obliga a diseñar estrategias para el trabajo y la articulación con este nuevo movimiento asociativo, que tiene un importante papel en el desarrollo de la atención comunitaria, diferenciado sus funciones de las de los servicios profesionales. Para ello se debe profundizar en las formas de relación y complementariedad

con la actividad profesional y los cuidados formales y en la metodología que conviene adoptar; pues hay ya muchos trabajos y comunicaciones que confirman los positivos resultados de las actividades de autoayuda y de los apoyos que pueden crear estas organizaciones.

3.2. REFORZAR LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS Y DAR MAYOR IMPULSO A LAS POLÍTICAS DE SALUD

Una idea que fundamenta la atención comunitaria es la promoción de la salud de las colectividades y el desarrollo de estrategias preventivas. Y ciertamente este es un contenido que no ha tenido hasta ahora mucho desarrollo.

La elevada expresión de la morbilidad en salud mental vinculada a factores sobre los que cada vez se tiene más conocimiento hace hoy muy necesario no limitarse exclusivamente al tratamiento y a la oferta de servicios, sino que es imprescindible desarrollar más estrategias basadas en los ejes preventivos y de promoción de la salud. (para no quedarse solamente en la función apaga fuegos) Naturalmente, es conveniente hacer la reflexión acerca de que estrategias preventivas pueden realizarse desde el ámbito de la salud mental y las que deben incluirse en las estrategias generales de salud pública. Surge, por consiguiente, la exigencia de disponer de sistemas de atención centrados u orientados hacia el usuario, y hacia la comunidad.

Son encomiables y una referencia a tomar en cuenta los diversos programas preventivos que se han realizado en materia de abuso de sustancias y consumo de drogas.

Nosotros, en Asturias, tenemos unas experiencias recientes de estrategias preventivas con personas mayores mediante programas de envejecimiento activo y del programa "rompiendo distancias", que produjeron una considerable participación comunitaria y han tenido resultados positivos (Consejería de Asuntos Sociales, memoria)³.

3.3. LA INTERDISCIPLINARIEDAD Y LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EQUIPO

Hay hoy un reconocimiento científico de las interacciones de diversos factores y de la complejidad de esas interacciones como determinantes de salud y enfermedad. Esa complejidad requiere también de intervenciones que hacen inexcusable un enfoque interdisciplinario. Los conocimientos actuales nos permiten disponer de diversos procedimientos de actuación que cuando se aplican de forma combinada resultan más eficaces.

La integración en el sistema sanitario nos exige hacer valer y explicar las tecnologías que son específicas de este campo, y la formación del equipo multidisciplinar es una tecnología que hoy se ha vuelto indispensable que tenemos que organizar y utilizar de forma efectiva.

En el inicio de la aplicación de la atención comunitaria había una menor diversidad de profesionales y de disciplinas, por lo que se hace preciso hoy articular y elaborar las aportaciones procedentes de diversas disciplinas y hacer una gestión del conocimiento en el trabajo en equipo, de forma que se puedan realizar intervenciones diversificadas y combinadas, que no han tenido aún la aplicación y el desarrollo conveniente.

³ Rompiendo distancias es un programa dirigido a personas mayores que viven en el entorno rural de Asturias, en el que en el año 2002 han participado más de 3000 personas con una media de edad de 73 años. Trescientas como usuarios de prestaciones de ayudas a la dependencia y el resto en las actividades de participación social. Los programas engloban: transporte adaptado, préstamo de ayudas técnicas, biblioteca móvil, actividades de acompañamiento, talleres de memoria, encuentros sociales y actividades intergeneracionales. Y se propone el acercamiento de los servicios, evitar el aislamiento y fomentar los intercambios sociales y las habilidades precisas para ello. Resulto muy efectivo en la participación y la dinamización social.

3.4. VALORAR LA INTERDEPENDENCIA ENTRE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN Y FOMENTAR SU COORDINACIÓN

Hoy la protección social se ha diversificado y los apoyos y los aportes se han normalizado, hay nuevas estrategias para favorecer la inclusión social: *mainstreaming* o transversalidad, por eso se hace imprescindible una interacción transversal entre los diversos sistemas de atención, considerando la mayor interdependencia y coordinación entre esos sistemas (no es hoy viable la concepción del servicio fuerte).

Estas actuaciones son especialmente importantes para la atención a patologías graves y para asegurar la continuidad de la atención y deben ser consideradas desde una perspectiva global, pues es mucho el malestar social existente por el vacío, la discontinuidad de cuidados y la insatisfacción de necesidades básicas que produce la descoordinación de los sistemas de protección. Y estas variables tienen un fuerte carácter predictivo en la evolución de la persona y su calidad de vida.

La restricción en las relaciones sociales o la dificultad para tener acceso a un empleo remunerado –sólo el 31,5% de los hombres y el 15,8% de las mujeres con discapacidad tienen un trabajo remunerado– son dos factores fuertemente asociados con la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

La coordinación de los sistemas de atención no se produce espontáneamente requiere de estrategias deliberadas, fundamentadas en una mejora de las técnicas de comunicación y de los aspectos relacionales, y de la creación de una cultura apropiada para ello (García, J. 2003).

La necesidad de impulsar actividades y programas de enlace con la atención primaria, con los servicios médicos y quirúrgicos de los hospitales generales y con el sistema educativo y de servicios sociales explica bien la importancia de esta cuestión. Las actividades de enlace no solo persiguen realizar una mejor detección en el nivel correspondiente sino también promover una capacitación para la escucha y actitudes que faciliten la relación y una comprensión adecuada de la persona con trastornos mentales.

En esa función de enlace conviene aprovechar nuestras experiencias y conocimientos de la patología de las grandes instituciones para prevenir y evitar que se reproduzca esa patología de efectos deletéreos en las instituciones de atención a personas mayores y se consolide la institucionalización como respuesta al incremento de morbilidad que presentan.

3.5. EVITAR LA MEDICALIZACIÓN Y LA DEPENDENCIA INNECESARIA DE LOS SERVICIOS

El desarrollo de la atención comunitaria produjo un acercamiento de los servicios y una mayor accesibilidad que unido al incremento de la demanda en salud mental hace que su volumen sea un problema importante de los centros. Sin perjuicio de hacer una revisión apropiada de los recursos disponibles hay que tener también presente que en esas demandas se incluyen muchos problemas sociales ligados al malestar de vivir, que tienen sus raíces en las condiciones del entorno y en el sistema, ante los que procede seguir una estrategia de decodificación y devolución a la comunidad. Pues no pueden dárseles una solución personal y biográfica y respuestas individuales a problemas que dependen de factores sociales generales y de las condiciones del sistema.

Las estrategias preventivas y de promoción de la salud deben proponerse trabajar sobre este problema de la medicalización. Pues según la encuesta nacional de salud, 2001, el 52% de los españoles tomó medicación en las dos últimas semanas –el 8% ansiolíticos e hipnóticos– y hay una clara incongruencia entre la carga de enfermedad percibida y el consumo de fármacos.

La emergencia de un nuevo patrón de morbilidad caracterizada por el predominio de los trastornos de larga evolución condiciona que las respuestas ya no se orienten tanto a la

curación en un sentido "de restitutio ad integrum", como a la adaptación a la nueva situación creada y la producción de habilidades para lograr la mejor calidad de vida (dependientes del desarrollo de nuevas capacidades, del afrontamiento, de los apoyos conseguidos). Pero este fenómeno produce un gran riesgo de dependencia de los servicios. Conviene, por ello, darle una cierta formalización a los procedimientos en la que conste las indicaciones del mismo, la pertinencia de las dosis utilizadas, la duración del tratamiento y el seguimiento y evaluaciones previstos.

El desarrollo de nuevas capacidades depende también del apoyo social y de otros sistemas de protección y cuidados, tanto formales como informales, con los que hay que colaborar y que tienen un papel claro para evitar la dependencia de los servicios sanitarios.

3.6. EL FOMENTO DE LA AUTONOMÍA Y LA CONSECUCCIÓN DE MÁS PODER Y CAPACIDAD DE DECISIÓN DEL USUARIO: CREAR CONDICIONES PARA POTENCIAR EL "EMPOWERMENT"

A todos nos parecerá una evidencia que es muy difícil lograr modificaciones de la conducta si el sujeto no se siente copartícipe y responsable, si no se logra en el tratamiento una relación que se fundamente en el compromiso mutuo. Pero para que esto sea posible es necesario fomentar la autonomía y la capacidad de decisión del usuario.

Hay, sin embargo, en el entorno social y en la práctica diaria varios factores que restringen esa autonomía. Es notoria, por ejemplo, la influencia de la industria farmacéutica sobre la concepción de la enfermedad mental, fomentándose una concepción que coloca al paciente en un rol pasivo. Esa y otras presiones repercuten sobre la asistencia reduciendo excesivamente el tratamiento a la administración de psicofármacos y privando de las múltiples intervenciones y recursos que puede activar la intervención comunitaria.

Hoy sabemos que la pérdida de autonomía fomenta la dependencia indebida de los servicios y la cronificación. La falta de autonomía genera indefensión aprendida que se manifiesta en forma de falta de motivación, pérdida de impulsos y pasividad y alteraciones cognitivas, que dificultan tener una percepción ajustada de las propias capacidades. Muchas de los estados descritos como depresión postpsicótica son, al menos en parte, atribuibles a ese estado de indefensión.

Por eso, yo postularía que hoy sigue siendo necesario avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria y en el proceso de desinstitucionalización a través de la adquisición de poder y autonomía por parte de los usuarios. Mediante la profundización y el desarrollo del empowerment⁴.

Esta idea tiene su origen en los movimientos emancipatorios y de liberación, posee, por tanto, una fuerte connotación política, pero está también estrechamente ligada al fomento de la salud.

Para crear situaciones que favorezcan el "empowerment" se necesita contar con nuevas actitudes profesionales, de las que deriven nuevas metodologías y poner el énfasis en una concepción del sujeto que valore sus capacidades.

⁴ Un concepto análogo es el de salutogenesis -Antonovsky, 1997- que se plantea qué sentimientos, expectativas y cogniciones conviene promover en la persona para mantener la salud o recobrarla cuando se ha perdido. Lo cifra en un "sentimiento propio de coherencia", que engloba comprensión y manejabilidad de la situación y dotación de sentido o significado a los actos de la propia conducta. Si esas circunstancias no se producen es imposible influir y decidir sobre las cosas que nos atañen y se recae en una situación de indefensión. Ver Knuf, A.

A luz de este constructo podemos orientar la práctica en atención comunitaria y revisar, según los criterios que lo sustentan, cuestiones como la información de que disponen los usuarios, los efectos secundarios de la medicación o la violencia y el estrés que se induce a en diversas formas de intervención y un mayor rigor en el respeto a los derechos de los usuarios.

Es decir, sabemos ya muchas cosas que podemos hacer y otras que podemos evitar para propiciar una situación que favorezca disponer de mayor capacidad de decisión al usuario. Podemos revisar críticamente cuantos acontecimientos vitales estresantes generamos con la aplicación de los tratamientos y cómo podemos evitarlos.

Naturalmente, una mayor autonomía tiene que afrontar y superar la dinámica del binomio seguridad/libertad siempre presente en los sistemas de protección y de atención⁵ y particularmente en el campo de la salud mental.

Así pues, a mi juicio, los fundamentos de la atención comunitaria son sólidos y tienen vigencia, pero han de desarrollarse para afrontar los elementos de la nueva situación y seguir produciendo una teoría que esté a la altura de los tiempos.

ANEXOS

TABLA 1 ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD (1991-2021)						
Años	<15 años	%	15/64 años	%	65 años y más	%
1991	7.579.702	19,5	25.948.786	66,8	5.343.780	13,7
1996	6.382.264	16,3	26.772.612	68,3	6.041.786	15,4
2001	5.762.516	14,6	26.924.570	68,4	6.678.746	17,0
2006	5.741.654	14,5	26.946.058	68,0	6.923.437	17,5
2011	5.992.762	14,9	26.918.750	67,1	7.223.049	18,0
2016	6.256.775	15,4	26.868.573	65,9	7.618.546	18,7
2021	6.220.539	15,1	26.965.016	65,4	8.039.945	19,5

FUENTE: Elaboración a partir de J. A. Fernández Cordón. *Proyecciones de Población Española. (Hipótesis A). Madrid. FEDEA. Documento de Trabajo 98-11, 1998.*

TABLA 2 EVOLUCIÓN PROYECTADA DE LA POBLACIÓN DE 80 Y MÁS AÑOS (1991-2021), EN MILES			
Año	80 años y más	% sobre total de población	% sobre la población de 65 y más años
1991	1.137.996	2,9	21,3
1996	1.310.916	3,3	21,7
2001	1.461.663	3,7	21,9

⁵ Siempre que hay un acontecimiento de violencia se pone en cuestión el tratamiento de los enfermos mentales, que preserva y respeta su autonomía y reaparecen las medidas de aislamiento como panacea para la seguridad. Al mismo tiempo surge el problema de la responsabilidad de esas personas sobre los actos derivados de su conducta.

2006	1.764.367	4,5	25,5
2011	2.058.442	5,1	28,5
2016	2.265.846	5,6	29,7
2021	2.227.609	5.4	27.7
TABLA 3			
PERSONAS CON DISCAPACIDADES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL MÁXIMO GRADO DE SEVERIDAD, POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. ESPAÑA, 1999.			
		<i>6 a 64 años</i>	<i>65 y más</i>
		<i>TOTAL</i>	
Total personas con discapacidades para actividades de la vida diaria	791.431	1.423.961	2.215.392
Discapacidad total	227.099	487.843	714.942
Discapacidad severa	255.387	479.870	735.257
Personas con discapacidad total o severa	482.486	967.713	1.450.199
Discapacidad moderada	295.818	425.049	720.867
No consta el grado de severidad	13.127	31.199	44.326

FUENTE: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos.*

BIBLIOGRAFÍA

- Botanski, V.: El nuevo espíritu del capitalismo. Akal 2003.
- García, J.: El discurso de la atención en salud mental. Rev. Notas freudianas. 2, 27-37. 1996.
- García, J.: La formación para la cooperación interdisciplinaria y la actuación transversal. En Espino, A., Olabarria, B.: La formación de los profesionales de la salud mental en España. AEN, 2003.
- Hochschild, A.R.: las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En Giddens, A., Hutton, W.: En el límite: La vida en el capitalismo global. Tusquets 2000.
- Knuf, A., Seibert U.: Selbst befähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrische Verlag Bonn. 2000.
- Memoria de la Consejería de Asuntos Sociales 1999-2003. Gobierno del Principado de Asturias. 2003.
- OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental nuevos conocimientos y esperanzas. OMS Ginebra. 2001.
- Real Patronato sobre la discapacidad: la discapacidad en España, datos epidemiológicos. Documento 62/2002.
- Putnam, R.: El declive del capital social. Un estudio internacional sobre sociedad y el sentido comunitario. Galaxia Gutenberg. 2003.

INTEGRACIÓN LABORAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA

Geoff Shepherd
 Director of Partnerships & Service Development
 (Cambridgeshire & Peterborough MH Trust)
 Traducido por Maribel Campo Blanco

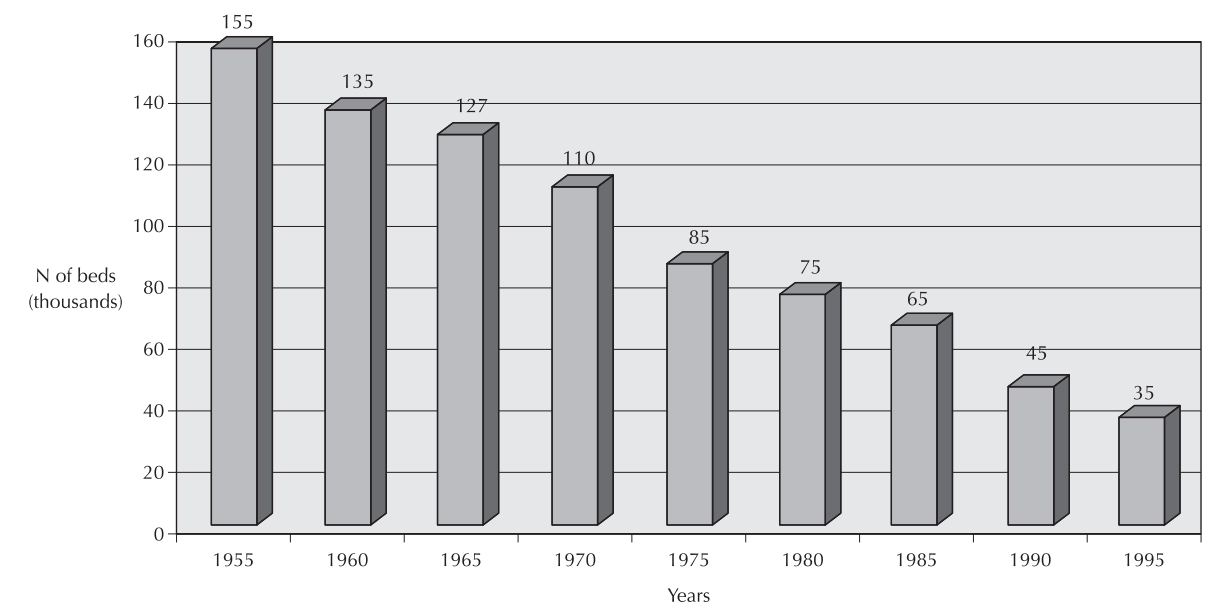
RESUMEN

Esta presentación describirá los cambios que se han producido durante los últimos cuarenta años en el modelo de servicios en salud mental de Gran Bretaña, así como los cambios en el tipo y naturaleza de los problemas con que se enfrentan los servicios. Se destacará el impacto de una generación nueva de pacientes jóvenes que tienen grandes expectativas en los servicios. A continuación, describiré el nuevo contexto político que ha surgido como respuesta a estos cambios, en particular el "National Service Framework" (NSF) para los servicios en salud mental. Con esto, se intenta definir la gama de servicios en salud mental que cada localidad tendría que ofrecer como mínimo, fijando objetivos claros para crear nuevos equipos de especialistas en la comunidad; "crisis", "assertive outreach", "intervención temprana". También se insiste en la necesidad de luchar contra el estigma y la exclusión social.

Continuaré revisando la evidencia investigadora, teniendo en cuenta la eficacia de diferentes modelos de rehabilitación profesional. En concreto, se analizará la eficacia de los modelos de colocación con apoyo en el empleo ordinario, "coloca y entrena" (place-then-train), así como el valor de las empresas sociales y "cooperativas" como alternativas al empleo ordinario y al empleo protegido. También se pondrán de relieve algunos "mitos" típicos en el campo de la rehabilitación profesional.

Para terminar, describiré el contexto de mi propia organización (Consortio Cambridgeshire and Peterborough Mental Health Partnership NHS) utilizando el desarrollo de una estrategia local para proporcionar servicios de rehabilitación profesional eficaces. Estamos intentando desarrollar servicios locales extensos a través de asociarnos con proveedores independientes y "especialistas en orientación profesional" en equipos de salud mental comunitarios, y así garantizar la integración de los apoyos laborales y no laborales. También estamos intentando aprovechar la posición del Consortio como empleador y así ofrecer experiencia laboral y oportunidades de empleo a personas que se están recuperando de problemas de salud mental. Se mostrarán algunos ejemplos de este tipo de iniciativas que han tenido éxito en otras partes de Gran Bretaña. La presentación terminará con una revisión de los puntos clave, así como sugerencias de cara al futuro.

Reductions in long-stay psychiatric beds 1955 - 1995
(England & Wales)



CAMBIANDO MODELOS DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL (1955-1995)

- Continua reducción de camas en los antiguos "psiquiátricos".
- Cambios en las 'causas' (incremento en los niveles de violencia, en la influencia de problemas de alcohol y drogas, 'dificultades-de-encajar', no aceptación de los servicios tradicionales).
- Acumulación de "nuevos" pacientes de larga estancia -creciente demanda de camas para agudos, reduciendo la disponibilidad de camas (10%).
- Carencia de alternativas de ingreso y seguimiento en la Comunidad (atención en crisis).
- Aumento de "estigma" de la enfermedad mental en la Comunidad debido a la publicidad adversa, que afecta tanto a empleadores como trabajadores potenciales.

NUEVAS POLÍTICAS

- El 'National Service Framework' en la salud mental de adultos (1999)
- 'Implementation Guides' (2001 >) basado en pruebas y para módulos individuales (assertive outreach; 'crisis'; intervención temprana, etc.).
- El 'NHS Plan' (2000) - con objetivos económicos y de planificación (¡el dinero como medio!).
- 'A First Class Service' (1998) - propuestas para mejorar las actuaciones del gobierno (insistiendo en calidad y eficacia - no sólo en precio).
- 'Shifting the Balance of Power' (2001) -transfiriere responsabilidades a los servicios de atención primaria.

OBJETIVOS CLAVE EN EL 'NATIONAL SERVICE FRAMEWORK' (1999)

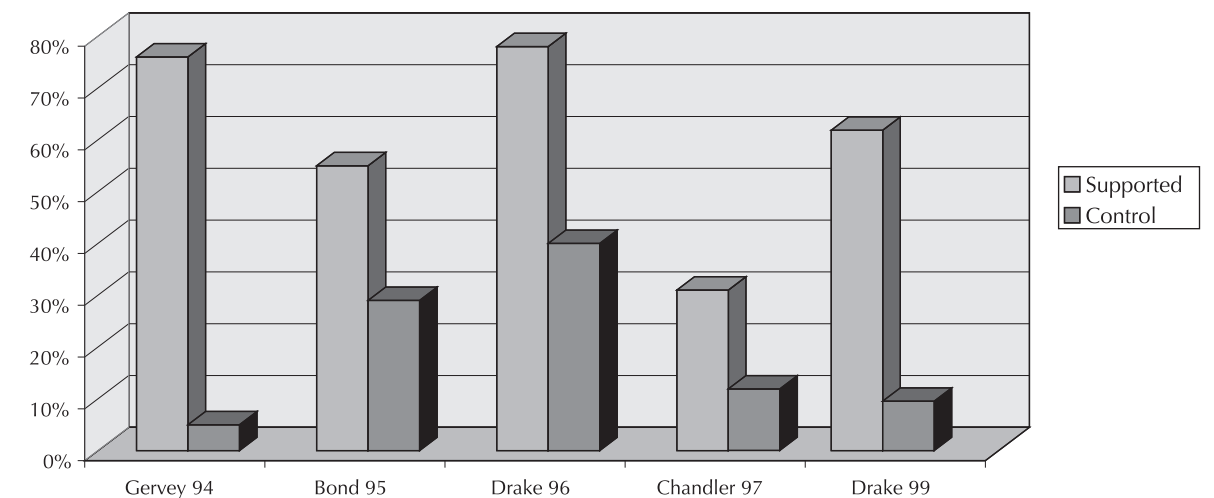
- Implantación de equipos de especialistas en 'assertive outreach' en cada situación (para prevenir reingresos y mantener contacto con "usuarios en riesgo").
- Establecer servicios en situaciones de crisis (para prevenir ingresos hospitalarios y facilitar las altas).
- Desarrollo de equipos de "intervención temprana" destinados a jóvenes (15-25) en su primer episodio psicótico.
- Reducir la exclusión social, animándoles a incorporarse al empleo y a llevar una vida independiente.
- Involucrar a paciente y personal de atención en todos los niveles del servicio (individuo > recurso > estrategia).

INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN PROFESIONAL

"Coloca y entrena" 'Place-then-train'. Modelo hacia el empleo competitivo (Bond *et al.*, 1996).

- Minimiza el tiempo invertido en valoración, orientación profesional y entrenamiento pre-profesional
- Intenta identificar una colocación, coherente con las habilidades del usuario y sus intereses ('elige-consigue-mantiene').
- Proporciona apoyo intenso "in situ" a las personas para resolver problemas y desarrollar habilidades pertinentes (sin tiempo límite).
- Proporciona apoyo intermitente al empleador (sin tiempo límite).
- Integra apoyos médicos y profesionales (e.j. trabajadores especialistas en CMHTs).

Employment Rates in RCTs of
Supported Employment



(Ref: Mueser et al (2001). 'Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes', Medscape Mental Health, Vol 6, No. 1)

- Mucho más efectivo que los modelos tradicionales "entrena y coloca" ('train-then-place').

EMPRESAS SOCIALES Y 'COOPERATIVAS'

- Desarrollado en Italia ('cooperatives') y en Alemania (social 'firms').
- Intenta replicar los aspectos mercantiles de un auténtico negocio, manteniendo un cierto grado de 'protección' (e.j. pensiones, bonificaciones especiales).
- Normalmente proporciona varias actividades laborales (e.j. horticultura, jardinería, restauración de muebles, estampado, fabricación de juguetes, etc.); también incluye ejemplos de restaurantes, ¡incluso un hotel!

- Los empleados son considerados 'trabajadores' con contrato, 'Plazos y Condiciones'.
- Se involucra a los trabajadores en la gestión y toma de decisiones.
- Sueldos en función de los beneficios (no ocurre en las cooperativas 'verdaderas').

EVIDENCIA Y RESULTADOS EN EMPRESAS SOCIALES (GROVE ET AL., 1997)

- Evidencia limitada, basada en números bajos y una restringida gama de medidas, con tendencia a los 'programas modelo'.
- Las diferencias internacionales son complejas y hacen difícil establecer comparaciones transculturales.
- Parece ser eficaz en cuanto a 'creación de empleo' - más de 300 'empresas sociales' creadas en todo el mundo, cerca de la mitad en Alemania (+ amplia gama de 'cooperativas' italianas).
- Se evidencian altos niveles de satisfacción por parte de los empleados (aunque se detectan problemas en algunas muestras 'autoseleccionadas').
- Se encuentra algún tipo de mejora en salud mental (seguridad, autoestima), incremento de red social, menor ingesta de medicamentos y descenso en el uso de servicios psiquiátricos.
- Probada su alta rentabilidad.

ALGUNOS MITOS DE LA REHABILITACIÓN PROFESIONAL

- Se debe esperar a que la persona esté "bien" (que no presente síntomas) antes de comenzar -NO- la rehabilitación puede ser parte del proceso de recuperación.
- Todo el mundo necesita un proceso de valoración y re-entrenamiento, largo y lento. -NO- cuanto más esperes, mayor peligro de perder la motivación.
- Las metas personales no son importantes - las personas tienen que adaptarse a lo que haya disponible -NO- las preferencias personales son determinantes en los resultados.

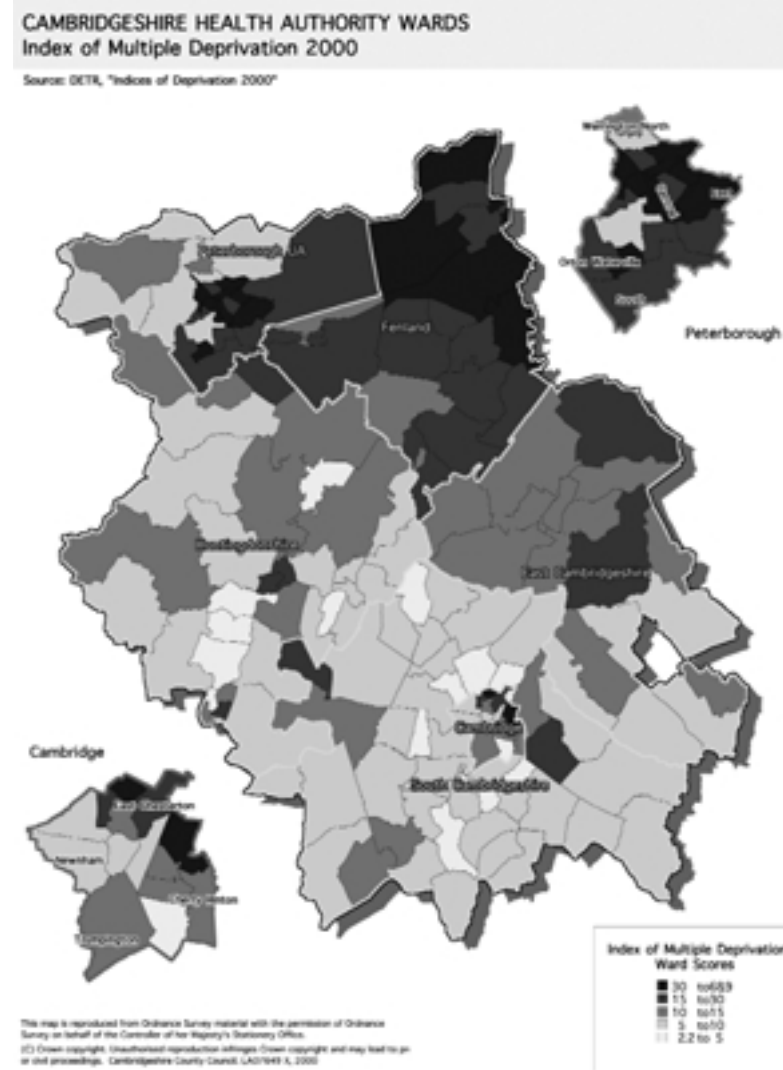
EL CONSORCIO CAMBRIDGESHIRE AND PETERBOROUGH MENTAL HEALTH PARTNERSHIP NHS

- Se fundó el 1 de abril de 2002.
- Unificó los servicios de salud mental (NHS) de cuatro localidades de la región de Cambridgeshire.
- +2 departamentos de Servicios Sociales locales. De aquí sale el Consorcio ('partnership' Trust).
- Proporciona servicios de salud mental a unas 730,000 personas (desde niños hasta adultos).
- 2500 personas en plantilla (diferentes profesiones).
- Servicios para adultos: aprox. 180 camas (repartidas en 3 ubicaciones) y 20 equipos en la comunidad.



© 2001 Cambridge Health Partners, Cambridge, UK. All rights reserved. Cambridge Health Partners is a registered charity. Cambridge Health Partners is a registered charity. Cambridge Health Partners is a registered charity.

Primary Care Trusts	Registered Population
Cambridge City PCT	141,000
South Cambridgeshire PCT	93,000
East Cambridgeshire and Fenland PCT	152,000
Huntingdonshire PCT	144,000
North Peterborough PCT	110,000
South Peterborough PCT	90,000
Total	730,000



SOURCE: CHA Exeter system, 1999

Index of Multiple Deprivation 2000

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA LOCAL

- 'Multi-agency Strategy Group for Vocational Services' Integrado por: miembros del Consorcio, proveedores independientes (Richmond Fellowship), JobCentreplus, Learning Skills Council, Connexions y miembros de la comisión (PCTs and LA).
- 4 temas principales:
 - (a) Ubicar los servicios locales.
 - (b) Desarrollo de un plan para introducir 'especialistas en orientación profesional' en cada equipo de la comunidad.
 - (c) Indagar cómo el Consorcio puede dar empleo a personas con problemas de salud mental.
 - (d) Centrarse en el trabajo y las necesidades laborales de los jóvenes (a la par que los equipos de "intervención temprana").

UN AMPLIO ABANICO DE OPORTUNIDADES LABORALES (AFTER POZNER ET AL., 1998)

- Preparación y valoración a corto plazo en un ambiente laboral real (e.j. empresa social).
- Orientación vocacional de calidad, ajustando puesto y persona, siempre que sea posible.
- Acceso al mercado laboral ordinario (a tiempo parcial o completo) mediante una combinación entre modelos "coloca y entrena" ('place-and-train') y apoyo a los empleadores (incluyendo el empleo en los servicios locales de salud mental).
- 'Empleo protegido' (empresas con fines sociales, compañías, cooperativas, etc.).
- Vinculación con el voluntariado.
- Enlace con actividades extra-laborales en la comunidad.
- Apoyo laboral y médico bien coordinado.

CONJUNTO EQUILIBRADO DE SERVICIOS -CONSIDERACIONES DEL "SISTEMA"

- Proporcionar un conjunto de servicios requiere la utilización de un enfoque "multi-agencia" (independiente y reglamentario).
- Los diferentes apoyos deben estar integrados y bien coordinados (éste es el rol de los 'especialistas en orientación profesional') de tal forma que tengan alternativas.
- Las personas deberían poder acceder al "sistema" en cualquier momento.
- Evitar modelos basados en una progresión lineal.
- Se debería ofrecer estabilidad y oportunidades de mejora o cambio de empleo: el progreso no debería suponer disminución de apoyo.
- Los diseños profesionales tienen que buscar el equilibrio entre los objetivos económicos y terapéuticos.

ESPECIALISTAS EN ORIENTACIÓN PROFESIONAL DE LOS EQUIPOS EN LA COMUNIDAD (BY 2004)

OBJETIVOS:

- (1) Garantizar que las necesidades laborales sean identificadas en los casos en que sea posible.
- (2) Integrar los apoyos médicos y profesionales.

MÉTODOS:

- Utilizar la plantilla disponible (principalmente Terapeutas Ocupacionales).

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar entrenamiento en autoconcepto (autoestima). • Proporcionar información sobre servicios locales (utilizando los datos de su ubicación). • Asegurar acceso al asesoramiento sobre beneficios. • Asociarse con proveedores independientes (en especial con RF QEST & Connexions). • Supervisar resultados y dar feedback sobre los progresos.
RESULTADOS AL INTRODUCIR ESPECIALISTAS EN ORIENTACIÓN LABORAL EN CMHTS (SW LONDON & ST. GEORGE'S - RINALDI & PERKINS, 2002)

- Edad media = 35
- 46% mujeres
- 30% no-blancos
- Psicosis = 54% (36% esquizofrenia)
- 47% en contacto > 1 año
- Núm=29 equipos (n=22 CMHTs; 2 ACTs; 1 EIS; 4 centros de día)

	Antes	10 meses después
Número de clientes tratados	615	657
Empleo ordinario	58 (11%)	105 (16%)
Voluntariado	18 (3%)	57 (9%)
Experiencia laboral	1 (.02%)	14 (2%)
Educación/preparación	34 (5%)	110 (17%)
Agencia búsqueda de empleo 6 (1%)	63 (10%)	
Centro de día estructurado	104 (17%)	132 (20%)
Sin ocupación	394 (64%)	176 (27%)

CONTRATAR PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL- EXPERIENCIA LOCAL (CAMBRIDGESHIRE & PETERBOROUGH MH TRUST)

- 4 usuarios del servicio preparados y contratados como entrenadores en plantilla. Su preparación continúa

- 2 "coordinadores de usuarios" contratados recientemente en guardias con pacientes agudos, para recibir nuevas admisiones, dar información, etc.
- 6 "defensores de usuarios" trabajan con los pacientes para ayudarles a expresar sus necesidades y opiniones sobre los servicios
- 10-12 usuarios (y cuidadores) contratados en diversos trabajos de "consultores" a tiempo parcial (pagados por tiempo y gastos de viaje)
- A punto de nombrar un Usuario del Servicio y un Cuidador para el Consejo de Dirección (pago por 1 día a la semana)

CONTRATAR PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL (HARDISTY ET AL., 2002)

"PROGRAMA DE CONTRATACIÓN DEL USUARIO". SW LONDON & ST. GEORGE'S 1995-2002

- 30-35 usuarios contratados una vez (81 en 7 años)
- Edad media = 41; 54% mujeres; 31% no-blancos; 70% con psicosis (33% depresión); duración media en desempleo = 2.8 años
- Contratados en diversos puestos médicos y no médicos (ej. catering, jardines, limpieza y también administración, secretaría, contabilidad)
- De los que abandonaron el programa: 42% encontraron trabajo sin asistencia en el Consorcio; 25% encontraron trabajo sin apoyo fuera; (25% volvieron al desempleo)
- En total el programa produce un ahorro neto directo de aprox. £1900 (3200E) por persona y año

CONCLUSIONES

- Nos enfrentamos ahora a un modelo distinto de servicios en salud mental y a problemas de distinta índole.
- Los nuevos servicios (incluidos aquellos que buscan la rehabilitación profesional) deben estar basados en las mejores "pruebas" disponibles, teniendo en cuenta la práctica efectiva.
- La investigación nos muestra tanto lo que no funciona (mitos) como lo que sí funciona.
- Las estrategias locales deben ser exhaustivas, multi-agencia y tener como objetivo integrar los temas laborales con los demás.
- Todavía existe un gran potencial para reducir la exclusión social y mejorar los resultados para la gente con enfermedades mentales graves, utilizando la rehabilitación profesional efectiva.

REFERENCIAS

- Becker, D.R., Drake, R.E. & Concord, N.H. (1994) Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30, 193-206.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R. & Shepherd, G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.

EL ACCESO AL EMPLEO DE PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL SEVERO COMO PROCESO INTERSECTORIAL.
UNA VISIÓN DESDE ANDALUCÍA

Marcelino López Álvarez
Psiquiatra. Sociólogo
Director de Programas, evaluación e investigación
Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Sevilla

PRESENTACIÓN

Desde la década pasada se viene produciendo en nuestro país un considerable interés por los temas relacionados con el empleo de personas con enfermedades mentales graves (13, 25, 33, 37, 57, 71, 92), incorporándonos así, aunque sea con retraso, a una corriente más general de progresiva valoración del papel de la actividad productiva y el empleo, para el adecuado mantenimiento en la comunidad de personas con ese tipo de problemas (16, 26, 28, 49, 57, 59, 71, 88).

Aquí, ese interés deriva de nuestra incorporación a dos procesos más generales, el de las reformas psiquiátricas de orientación comunitaria (36, 63-67), por un lado, y, por otro, el desarrollo de programas de formación profesional e integración laboral para colectivos con dificultades, impulsado en Europa por el Fondo Social Europeo (13, 57, 67). Incorporación que, con retraso y no sin contradicciones y límites, empieza a dar frutos en distintos lugares, entre otros en Andalucía. Así, es a finales de los 90 (aunque con alguna experiencia pionera) (24) cuando confluyen procesos enmarcados en la atención comunitaria con proyectos financiados por la Unión Europea, con participación de colectivos hasta entonces no ligados a la práctica profesional de atención a personas con enfermedades mentales. Experiencias que pueden ser vistas desde dos perspectivas generales (27, 50, 67, 108), según se consideren como prolongación de la atención sanitaria y, en concreto, de sus programas de rehabilitación; o como un aspecto específico para una población concreta, de los programas de acceso al empleo de colectivos con dificultades, dentro de las políticas sociales para personas con algún tipo de discapacidad.

Como en muchos otros aspectos de la atención comunitaria en salud mental (107), se trata de perspectivas generales (27, 50, 67), integrables desde una visión psicosocial, que defiende la necesidad de programas específicos para, con la ayuda de intervenciones múltiples e intersectoriales (55), contrarrestar las dificultades de estas personas, a través de procesos generalmente complejos y prolongados en el tiempo (67).

Con ayuda de material elaborado con anterioridad y en gran parte ya publicado (33,66-71), voy a intentar en lo que sigue presentar brevemente mi posición al respecto. Revisaré para ello la información científico-tecnológica disponible, así como algunos aspectos de la experiencia de Andalucía, presentando algunas propuestas sobre los aspectos básicos de un programa para favorecer la actividad productiva y el empleo de personas con este tipo de problemas.

II. ALGUNOS CONOCIMIENTOS ACUMULADOS SOBRE ACTIVIDAD PRODUCTIVA Y EMPLEO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

Antes de iniciar el repaso de la literatura profesional acumulada sobre el tema hay que aclarar dos problemas "terminológicos", el primero de los cuales tiene que ver con la definición de los destinatarios de los programas, obligándonos a precisar (10) en cada caso la "población de referencia" de la información, mediante la elección entre tres términos: personas con *enfermedad mental*, personas con *trastorno mental severo* o personas con *Esquizofrenia* (59, 60). De hecho, tanto al revisar la bibliografía sobre el tema, como al hacer propuestas de futuro, se pueden producir confusiones si no se delimita, claramente y en cada caso, a qué población específica se hace referencia con algunas afirmaciones.

En mi caso, de lo que pretendo hablar, en referencia a programas de integración laboral, es de *personas con trastorno mental severo*, ya que, aunque hay dificultades de "ajuste labo-

ral" en personas con otro tipo de problemas mentales, no parece haber un número importante de personas con patologías de las llamadas "menores" que presenten problemas de acceso y mantenimiento en el empleo, derivados específicamente de sus problemas psíquicos o que necesiten por ello un abordaje especial.

Pero, dentro del colectivo de personas con trastornos mentales severos, son las *personas con diagnóstico de esquizofrenia* las que plantean el mayor número de dificultades. Éste es el grupo más numeroso, y el que presenta una mayor prevalencia de problemas de empleo: en torno al 90% no tienen empleo en nuestras sociedades (67, 82, 87), y la mayoría de los que lo obtienen, suelen perderlo, como media, en no más de seis meses (90). Pero es también el que exige mayor complejidad en los mecanismos de ayuda para que sus miembros alcancen y conserven una actividad laboral (16, 59, 86). Aunque, en muchas ocasiones, tendamos a ver como homogéneas las dificultades de las personas con trastorno mental severo, y, en una definición estricta (96, 103), sólo podamos incluir aquí a una parte de los diagnosticados de esquizofrenia, de hecho la mayoría de los que plantean problemas de empleo pertenecen a la intersección de ambos grupos. Por ello, en lo que sigue, me referiré básicamente a personas con *trastorno mental severo y diagnóstico de esquizofrenia*, aunque muchas de las afirmaciones que voy a hacer podrían aplicarse al conjunto de personas con trastornos mentales graves o "severos".

Pero, además de esa distinción, también hay que ponerse de acuerdo en la definición de algunos términos, usados unas veces como sinónimos y otras con diferentes sentidos, por otro lado, no siempre coincidentes: "trabajo", "actividad", "ocupación" y "empleo". Dificultad y confusión que no es exclusiva de nuestro idioma (16). Sin pretender resolver definitivamente el problema, propongo utilizar el término "*actividad*" en su acepción más general, el de "*trabajo*" como sinónimo de "actividad productiva" (actividad organizada que da lugar a la producción de un objeto, bien o servicio, con independencia de que no se comercialice y/o retribuya, o de que la retribución no esté legalmente regulada) y el de "*empleo*" como trabajo o actividad productiva que da lugar a una retribución legalmente regulada. Reservando el término "ocupación" para, a través de su derivado "*ocupacional*", caracterizar actividades más o menos productivas, pero que no dan lugar a empleo en sentido estricto, diferenciadas además de actividades de ocio o interacción social sin el componente de producción de objetos o servicios.

II.1. ACTIVIDAD Y EMPLEO EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: INTERÉS Y DIFICULTADES

Considerando a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, la distinción propuesta nos ayuda a situar, en primer lugar, las funciones múltiples que asume el "trabajo" (37, 59, 70, 83, 87) en la vida de todos nosotros y, especialmente, en la suya en tanto que:

- a) *actividad productiva*, útil por sí misma como estímulo al desarrollo cognitivo, elemento organizador de la vida cotidiana y vehículo de relaciones sociales (21, 83, 95), funciones todas ellas que pueden resultar de especial importancia en la vida de estas personas,
- b) *actividad retribuida*, que permite la autonomía económica necesaria (15, 22) para desempeñar un rol social activo; y;
- c) *actividad socialmente valorada*, que aumenta la autoestima a través del rol de trabajador y del reconocimiento que implica (87, 102, 109), en proporción directa a la valoración social concreta del tipo de empleo ejercido (imagen de la empresa, calidad del producto, nivel del puesto, etc. (39)).

Multiplicidad de funciones que permite considerar distintas modalidades de programas de actividad productiva y empleo, incluyendo diferentes combinaciones de actividad, retribución y valoración social. Que lo deseable sea la combinación de las tres no significa que no sean útiles trabajos sin retribución o empleos de menor valoración social, cuando las combinaciones óptimas no sean alcanzables y/o sostenibles en el tiempo (83).

Por otra parte, hay evidencia acumulada (20, 26, 59, 60, 83, 86) sobre las dificultades que la mayoría de estas personas presentan en este campo, y que son de naturaleza y dimensiones múltiples, variables tanto individualmente a lo largo del tiempo, como entre unas y otras personas, y, en conjunto, bastante diferentes a las de otros colectivos con dificultades de empleo. Dificultades que se reflejan en las altas cifras de desempleo que afectan al colectivo y que resultan del encadenamiento concreto de distintos factores (37, 70, 78, 85, 97), como son:

- a) la enfermedad, afectando a múltiples áreas personales (cognitivas, perceptivas, afectivas, relacionales, etc.), con evoluciones variables y muy a menudo impredecibles (1, 3, 117)
- b) las repercusiones que la enfermedad tiene, en la historia personal de cada uno, sobre algunas precondiciones básicas de la actividad laboral (78), generando carencias educativas, falta de habilidades sociales y actitudes, valores y aspiraciones habitualmente inadecuadas,
- c) los efectos del tratamiento (4, 70, 117), con efectos secundarios de la medicación, estrategias inadecuadas de rehabilitación, interferencias entre empleo y atención sanitaria, etc.; y,
- d) el conjunto de barreras sociales desarrolladas a lo largo del tiempo como son (95) el efecto habitualmente desincentivador de las pensiones (67, 110, 115) y, en general, el complejo de actitudes conocido como "estigma" y que afecta a los propios sujetos, profesionales, familia, y otros agentes sociales (empresarios, sindicatos, compañeros, etc. (74, 87, 99, 105)

Barreras entre las que se incluye el desconocimiento de las peculiaridades de este tipo de personas, que lleva a que, por ejemplo, determinados programas planteados para favorecer su acceso al empleo, puedan funcionar como mecanismos reforzadores de la exclusión. De ahí la necesidad de insistir en tres conceptos clave: la *especificidad* del colectivo (26); la *variabilidad* individual (sincrónica y diacrónica) que lo caracteriza (45); y, la *complejidad* de actividades, dispositivos y programas que hay que poner en juego para intentar modificar positivamente las distintas variables que determinan sus dificultades en este área (66, 69, 71).

II.2. EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EMPLEO

Hay ya una razonable perspectiva histórica para valorar distintos tipos de programas, utilizados en diversos momentos y contextos de atención comunitaria (5, 18, 44, 78, 84, 95), y sobre cuyo grado de éxito, en el acceso y mantenimiento en el empleo de personas con este tipo de problemas, vamos disponiendo de datos sobre resultados (5, 16-20, 26, 28, 59, 78, 84, 95, 104).

A este respecto, el cuadro 1 presenta un resumen de las características generales, ventajas e inconvenientes de los modelos más utilizados hasta ahora en distintos países. Podemos ver en él resultados discutibles y aspectos negativos de algunos de ellos, lo que no significa que algunas de sus actividades no sean útiles, en un contexto más amplio (19, 95); así veremos luego como, actividades ocupacionales (derivadas de formas de empleo protegido) o de rehabilitación vocacional (orientación, entrenamiento en búsqueda de empleo, formación

profesional, empleo de transición, etc.), aunque insuficientes por sí mismas para mantenerse en un puesto de trabajo, pueden ser útiles dentro de un abanico más amplio de programas.

Parece, sin embargo, que los resultados obtenidos, por algunos de los programas de más reciente desarrollo, permiten afirmar que la consecución y mantenimiento en un empleo, por parte de personas con trastornos de tipo esquizofrénico, es posible en una proporción considerable de los casos (5, 16, 17, 20, 28, 84, 104). Por su interés hay que hacer referencia más detallada a los dos últimos modelos de la tabla, de los que, pese a desarrollarse en contextos sociales bastante diferentes entre sí (el primero en Estados Unidos y el segundo en Europa), pueden extraerse principios de funcionamiento útiles para la elaboración actual de programas concretos (16, 84, 104).

El primer modelo a considerar son los programas de "Empleo con apoyo" (17-20), desarrollados básicamente en USA y, en menor medida, en Canadá (58), que cuentan con bastantes experiencias consistentemente evaluadas (17-20, 26, 28, 86) y que, a pesar de basarse en un contexto laboral y de servicios muy diferente al nuestro (18, 28), muestran algunos elementos a tener en cuenta a la hora de plantearse programas en este área.

TIPO DE PROGRAMA	CARACTERÍSTICAS	VENTAJAS E INCONVENIENTES
Laborterapia institucional	Actividad laboral y pseudolaboral en las instituciones psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> Organización específica Desvalorizada e institucionalizadora
Empleo protegido	Actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Organización específica en entornos protectores Habitualmente no laboral y con escasos resultados
Rehabilitación vocacional	Programas específicos para acceder a un empleo: <ul style="list-style-type: none"> Orientación Entrenamiento en búsqueda Formación profesional Empleos de transición 	<ul style="list-style-type: none"> Buen resultado como entrenamiento para el acceso al empleo Escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado
Empleo con apoyo	Empleo inmediato en "empresas normales", con formación posterior y apoyo externo continuado	<ul style="list-style-type: none"> Resultados muy positivos (40-60%) en experiencias en USA Dificultades en países con alto desempleo
Empresas sociales	Empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado	<ul style="list-style-type: none"> Ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo Buenos resultados en Europa (Estados del bienestar) pero sin comprobación experimental

Es razonable relacionar el éxito de estos programas (resultados en términos de empleo que superan el 50% de los participantes), manteniéndose en el tiempo, aunque en este aspecto la "evidencia" es menor (60) con la "fidelidad" a determinados principios específicos del modelo (12, 19), resumidos en el cuadro 2, y tomados en conjunto. Pero también lo es identificar elementos concretos para integrar en otras aproximaciones. Así, parecen claves fac-

tores como la búsqueda y mantenimiento de empleos ordinarios ("verdaderos empleos con verdaderas retribuciones" 22), la disponibilidad de mecanismos de apoyo individualizados, flexibles y continuados en el tiempo, especialmente los derivados de la interacción cotidiana con los restantes trabajadores (9, 30, 31, 34, 41, 46, 72, 76), y la relativa utilidad de la formación previa, contrapuesta a la realizada en el propio puesto de trabajo (114).

<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda rápida de empleo, con formación posterior en el lugar de trabajo Empleos y retribución normales o "de mercado" Se tiene en cuenta prioritariamente las preferencias del usuario Sistemas flexibles de apoyo, de larga duración Estrecha colaboración entre equipo de apoyo y equipo sanitario
--

Factores que, junto a la atención integral de base comunitaria, las políticas de no exclusión a priori y la utilización de especialistas en empleo dentro de los servicios de salud mental, parecen ser los que mayor correlación presentan con los indicadores de éxito, en distintos estudios experimentales (12). Hay que destacar el énfasis que la mayoría de los estudios hacen en el papel múltiple y positivo que juegan los aspectos "normales" del trabajo (a diferencia de contextos clínicos, rehabilitadores u ocupacionales) y especialmente la interacción cotidiana con personas no-enfermas basada en reglas comunes de funcionamiento (9, 34, 41, 72).

Y, paralelamente, hay que considerar las experiencias de "Empresas sociales" (16, 35, 39, 43, 44, 67, 99, 101, 104), en el contexto europeo, sobre la base de intentar articular lo mejor del empleo protegido (entornos específicamente adaptados y tolerantes) y del empleo con apoyo (trabajo en empresas reales y con retribución de mercado). Aunque no hay, de momento, resultados de evaluaciones en contextos experimentales (16, 43, 104), tales empresas parecen asegurar también el acceso y mantenimiento en el empleo de un número significativo de personas con graves problemas de salud mental, en sociedades que, como las europeas, tienen mercados laborales diferenciados del americano (con tasas de desempleo habitualmente superiores y pautas de empleo de mayor estabilidad, en general). El cuadro 3, ofrece un resumen de sus características generales, rasgos que adquieren peculiaridades en cada país (35, 39, 43, 67, 101), dada su adaptación a diferentes contextos y legislaciones laborales, adoptando también formas jurídicas variables (cooperativas, por ejemplo, en el caso de Italia). Así, en el nuestro siguen viéndose obligadas a asumir la anacrónica e inadecuada figura de los "centros especiales de empleo"¹.

A falta de un análisis detallado de similitudes y diferencias, así como de comparaciones experimentales de resultados, ambos modelos parecen hoy, junto a algunas experiencias de autoempleo, relacionadas con el movimiento asociativo en USA y Canadá (54, 75) los más prometedores. Por otro lado, tampoco es difícil encontrarles principios comunes de utilidad

¹ Inadecuada tanto por el efecto estigmatizante de su propia denominación ("especial"), como por algunas condiciones legales que impone para el acceso a las subvenciones previstas (70% de personas con discapacidad, exigencia que resulta, para nuestro colectivo, imposible en términos de productividad y cuando menos contradictoria en términos de integración). Figura que, por su origen y desarrollo histórico en nuestro país, incorpora además una imagen social negativa, más de empleo protegido que de actividad empresarial real, pese a importantes experiencias de auténticas Empresas Sociales, acogidas a esta regulación jurídica a falta de otra más adecuada (2, 24, 67).

para nuestro trabajo: empleos reales con responsabilidad y retribución reales, empresas competitivas, trabajadores con y sin enfermedad mental y apoyos individualizados y sostenidos en el tiempo, basados especialmente en la interacción cotidiana y la formación en el propio puesto de trabajo.

CUADRO 3
CARACTERÍSTICAS DE UNA EMPRESA SOCIAL
(67)

- Una empresa "normal":
 - o competitiva en el mercado (calidad/coste)
 - o Auto sostenible
 - o Con reparto de puestos y retribuciones normales (no-discriminación)
- Pero también una empresa "específica":
 - o Clima favorable a la integración activa de personas con dificultades
 - o Apoyo personal interno y externo (servicios sanitarios)
 - o Apoyos económicos (Economía social)
- Con forma jurídica variable (Cooperativa, Sociedad Anónima, etc.)
- Y con composición mixta: trabajadores con y sin trastornos mentales

II.3. FACTORES PREDICTIVOS Y REPERCUSIONES

Pese al esfuerzo realizado tras muchos años de investigación, la búsqueda de variables "predictoras" de éxito o fracaso de los programas ha dado pocos resultados concretos. De hecho dada la heterogeneidad de poblaciones, programas y metodologías de evaluación (13,51), muchos de los resultados publicados parecen a veces contradictorios, siendo difíciles de tener en cuenta en la formulación de políticas y programas de intervención. Hay que mencionar, sin embargo, algunos de ellos, que pueden resultar de utilidad:

- a) Durante mucho tiempo se ha señalado el escaso valor predictivo del diagnóstico y/o la sintomatología (4-6), aunque, empieza a haber información de relevancia creciente sobre las mayores dificultades de personas con esquizofrenia, comparadas con las que presentan otros tipos de problemas mentales (26, 72-73). En concreto, las mayores dificultades afectan a quienes presentan un claro predominio de sintomatología negativa y escasas habilidades sociales (72, 93, 106), aunque no hay concordancia absoluta entre los distintos estudios (52). Pero es, sobre todo, la asociación de malos resultados en términos de empleo con distintos tipos de alteraciones cognitivas, la que parece ir mostrando mayor consistencia (14, 40, 42, 72, 79, 93, 111), con implicaciones importantes en la evaluación funcional y el desarrollo de intervenciones rehabilitadoras y de apoyo al empleo (62, 93).
- b) Sigue sin haber datos concluyentes sobre la asociación del éxito o fracaso de los programas de empleo con la mayoría de las variables sociodemográficas (52, 73, 93), aunque parece confirmarse el papel de la historia laboral previa a la hora de predecir las probabilidades de éxito (4, 93). Sin embargo, al igual que el menor número y duración de episodios de hospitalización (4), no está claro si se trata de factores causales o meros indicadores de una posible "baja afectación", cuyas causas siguen siendo poco conocidas.

- c) Se mantiene también la dificultad de obtener información útil para los programas de empleo basada en el funcionamiento en otras áreas funcionales (81-82) y, especialmente, en otros contextos como el hospitalario (4) o, por extensión, otros servicios sanitarios. Sí parece, en cambio, tener algún valor (aunque con peso variable) la adquisición y mantenimiento de algunas habilidades de ajuste laboral, antes del inicio de los programas (6).
- d) Y, finalmente, como conclusión que parecería obvia pero no siempre tenida en cuenta, diversos estudios resaltan la importancia básica del "deseo de trabajar", de que el empleo sea un objetivo real para la persona concreta que entra en el programa (4, 17, 26, 88). Parece ser éste un factor clave que hace perder peso al efecto de los restantes, cuya contribución debería medirse tras su control (73), lo que obliga a prestar más atención a las dimensiones más subjetivas relacionadas con el empleo, tanto en la investigación (4, 81) como en la intervención (17). Hay bastante coincidencia en distintos estudios en destacar el elevado nivel de realismo en las expectativas de las personas con enfermedad mental grave interesadas por el empleo (21, 73, 88, 90), así como en relacionar el ajuste laboral y el mantenimiento en el empleo (dimensión diferente de la de su obtención, pero con factores no muy distintos (30, 41) con dos aspectos que tienen en común un importante componente subjetivo, como es el grado de satisfacción, la adecuación a experiencias previas y preferencias del paciente (23, 29, 53, 80, 94) y algunos factores estructurales no muy definidos que tienen que ver con la interacción social en el espacio de trabajo (53, 94).

La conclusión general, en la que coinciden la mayoría de los expertos, es la de la inexistencia de criterios de exclusión, considerando una política de no-exclusión a priori ("*zero-exclusion policy*") como uno de las claves de éxito de los programas de empleo con apoyo (12).

Para finalizar este repaso, hay también evidencia acumulada con respecto a la repercusión del empleo en determinados aspectos clínicos y de funcionamiento social, en personas con trastornos psicóticos (59). Así, parece razonable afirmar que aunque no estén claros los efectos directos sobre la sintomatología positiva (ni mejorías ni descompensaciones) y negativa (parece haber en ocasiones ligeras mejorías), sí se constatan repercusiones positivas en áreas como el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima y, en definitiva, la calidad de vida (15, 22, 23, 80, 90, 48).

II.4. ALGUNAS CONSECUENCIAS PRÁCTICAS

Sintetizando aún más la información que acabamos de revisar, para extraer de ella consecuencias operativas y a pesar de inevitables diferencias contextuales, creo conveniente hacer hincapié al menos en los siguientes aspectos:

- a) El colectivo de personas con trastorno mental severo y, especialmente su componente más numeroso y problemático, las personas con diagnóstico de esquizofrenia, parece caracterizarse en general, y especialmente en el terreno de la actividad productiva y el empleo, por una considerable complejidad y variabilidad sincrónica y diacrónica (1, 3, 85, 117), que afectan a características, dificultades y factores implicados, y delimitan un grupo de personas muy diferente de otros colectivos con dificultades de empleo.
- b) Hacer frente a esa situación exige procesos complejos e individualizados con intervenciones múltiples, dependientes de diversas agencias (sanitarias y no sanitarias), sostenidas en el tiempo y, en conjunto, bien articuladas entre sí, tanto en el diseño y organización como en su aplicación a personas concretas (16, 34, 53, 55, 85, 104). Procesos sobre cuya efectividad hay una creciente base experimental y para los que

no parece haber, a priori, factores de exclusión, por difíciles que parezcan las dificultades de partida de algunas personas (12).

- c) Aunque muchos aspectos no están suficientemente contrastados, hay ya un acúmulo considerable de conocimientos útiles para el desarrollo de tales programas. Así, hay que mencionar la importancia de tener en cuenta las experiencias, deseos y preferencias del usuario (4, 17, 26, 88), así como de la motivación (23, 29, 53, 80, 94) individual y colectiva (que puede funcionar como refuerzo a la individual) a lo largo del proceso, la necesidad de fijar precozmente objetivos claros en torno a empleos concretos (17-19, 34, 41, 72), la formación en el contexto real del empleo (17-19, 114), y la necesidad de apoyos flexibles, individualmente adaptados y muy prolongados en el tiempo (76); así como también la conveniencia de partir de los contextos sociales y económicos concretos, tanto para el desarrollo de los programas como para la elección de actividades productivas y sectores de empleo, cuando se pretende poner en marcha empresas sociales (35, 39, 43, 101).
- d) Dado el papel múltiple del trabajo en la vida de estas personas y aunque el ideal sea una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece necesario disponer de alternativas graduadas, que permitan adaptarse a la variabilidad del colectivo (16, 89, 95, 104). Aunque sigue habiendo controversias sobre la utilidad de espacios estrictamente ocupacionales, dada su escasa capacidad de facilitar el acceso al empleo real y su riesgo de institucionalismo, puede ser útil disponer de ellos en el marco de un programa unificado, integrándolos como un escalón más que puede servir de paso (hacia arriba o hacia abajo), desde y hacia otros niveles (89).

Condiciones que, insistimos, suelen exigir procesos complejos y de larga duración, no demasiado compatibles con los procedimientos habituales de las llamadas "agencias de empleo". Organizaciones que, extrapolarando experiencias de otros colectivos, parecen intentar solucionar el problema con distintas combinaciones de una bien intencionada y aparentemente novedosa "ideología de la integración" ("lo específico segrega y no integra", "hay que enfatizar los aspectos positivos y no los negativos", o "el principal problema es la falta de flexibilidad y adaptación al nuevo contexto laboral y tecnológico"), y actividades limitadas, algunas de las cuales pueden ser útiles en un marco más amplio, pero insuficientes separadas de éste: evaluación, orientación, formación profesional, búsqueda de empleo, trabajo en prácticas, etc.

LA EXPERIENCIA DE ANDALUCÍA

Además de la lectura crítica de la literatura profesional, "científico-tecnológica", otra base importante de las posiciones que posteriormente presentaré, es la experiencia andaluza de desarrollo de recursos de apoyo social y, en concreto, de programas de actividad y empleo desarrollada en el marco de la Reforma Psiquiátrica. Desde su inicio en 1984 (64, 66, 67), se contempló la necesidad de poner en marcha intervenciones en este campo, superando la actividad supuestamente laboral y terapéutica de las llamadas "laborterapias" manicomiales. Influidos por la experiencia italiana de desarrollo de Empresas Sociales (35, 39), dentro de los procesos de construcción de sistemas de atención comunitaria, y con no pocas incertidumbres y dificultades organizativas y financieras, se empezó poco a poco a trabajar en este terreno. Se establecieron así, por una parte, los primeros talleres ocupacionales en la comunidad y se dieron, por otra, los primeros pasos en el proceso que permitiría establecer en 1993, en cooperación con compañeros de otros países europeos (35), la primera Empresa Social (*Pro-Azimet, SL*, en Sevilla).

De todas formas, en una primera fase las iniciativas se desarrollaron de modo disperso, excesivamente dependientes todavía de la actividad de los servicios sanitarios y sin un núcleo común de criterios concretos, más allá de algunas definiciones muy generales, hasta que la creación en 1993 de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (56) permitió una mayor capacidad de desarrollo y gestión del conjunto de recursos, incluyendo un primer intento de definición de dispositivos y actividades.

El desarrollo práctico del programa en sus primeros años puede resumirse, básicamente, considerando la generación de tres o cuatro grandes tipos de estructuras, basadas en el primer modelo de servicios definido en 1994 (33, 65):

- a) una red de Talleres y Centros Ocupacionales, de definición no muy precisa y con la consiguiente disparidad de orientaciones y resultados, pero basados en la idea de que, sin ser estrictamente espacios de actividad laboral, pudieran ser un primer paso en el itinerario de algunos usuarios con problemas graves o una alternativa, temporal o definitiva, ante dificultades en el proceso de acceso y mantenimiento en el empleo;
- b) cursos específicos de formación profesional, básicamente adaptados a la oferta que, con carácter general y para todo tipo de personas con dificultades, realiza la Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico; dirigidos en nuestro caso a personas con trastorno mental severo, han generado un conjunto de actividades formativas de variada tipología (contenido, duración, adecuación al mercado laboral, calidad y resultados)
- c) y empresas sociales, figura en aquel momento una figura bastante novedosa (35, 43, 67), basada en modelos europeos, pero adaptada a los requisitos legales de calificación como Centro Especial de Empleo. Planteadas a la vez como mecanismo específico de generación de empleo estable para algunos usuarios, e instrumento estratégico, para favorecer cambios de mentalidad a más largo plazo en los distintos agentes implicados en estos programas, su creación y consolidación (2) estuvo habitualmente vinculada a proyectos de formación, en el marco de programas europeos (*Azimet, Integra, Marienthal y Creciendo*).

Unos años después, en 2000, se hace un primer balance del proceso y se plantean algunas modificaciones del programa, en línea con las propuestas que presentaré en el próximo apartado (33, 65), reorientando algunas actividades y poniendo en marcha otras nuevas. A este respecto, el cuadro 4 permite obtener una visión general, en términos cuantitativos, de la dotación del programa a finales del pasado año.

CUADRO 4 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA. DICIEMBRE 2002												
	Talleres y Centros Ocupacionales			Cursos			Empresas Sociales			TOTALES		SOAE*
	Nº	Asistentes		Nº	Alumnos		Nº	Pacientes Empleados		Pacientes en Programa		
		Nº	Nº / 100.000		Nº	Nº / 100.000		Nº	Nº / 100.000	Nº	Nº / 100.000	
ALMERÍA	7	71	13,1	5	23	4,3	1	10	1'8	104	19,3	
CÁDIZ	7	74	6,7	11	66	5,9	1	19	1'7	159	14,3	(1)
CÓRDOBA	7	148	19,5	0	0	0	1	3	0'4	151	19,9	
GRANADA	14	143	17'4	6	32	3,9	1	19	2,3	194	23,7	1
HUELVA	7	43	9,3	2	10	2,2	1	7	1'5	60	13,0	
JAÉN	5	52	8,1	8	37	5,8	1	13	2'0	102	15,9	(1)
MÁLAGA	16	173	13,4	19	102	7,9	1	54	4'2	329	25,5	1
SEVILLA	22	337	19,5	9	43	2,5	1	42	2'4	422	24,4	1
ANDALUCÍA	85	1041	14'1	60	313	4,3	8	167	2,3	1521	20,7	5

* Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo. Entre paréntesis los dos que estaban en proceso de creación.

Dificultades a las que habría que añadir otras, no reflejadas en el Cuadro anterior, pero que podemos encontrar si analizamos la experiencia de estos años. Así, parece razonable tener en cuenta, aunque no tengamos todavía un claro perfil cuantitativo al respecto, la existencia de algunas disfunciones tanto en algunos de los dispositivos y programas desarrollados (disparidad de funcionamiento de los Talleres, relativamente baja utilidad de los cursos de formación por contraposición a los "proyectos formativos", de mayor duración y más específicamente orientados a la creación de empresas sociales, dificultades de las empresas, etc.), como en la coordinación interna y externa (con las intervenciones sanitarias).

Situación que, pese a estar bastante más avanzada que la inicial y que la existente hasta el momento en otros territorios del Estado, justifica un esfuerzo continuado por replantear el funcionamiento del programa, redefiniendo algunas actividades y enmarcándolas en una visión general diferente, que permita optimizar los recursos existentes y la energía potencial de que se dispone. En concreto, el desarrollo posterior del Programa se dirige a conseguir:

- una mejor tipificación y orientación de la actividad ocupacional,
- una mayor coherencia e integración de las actividades de formación profesional,
- la consolidación de las empresas sociales, una vez finalizados los programas europeos que facilitaron la creación y apoyaron el desarrollo de las cinco últimas,
- el inicio de actividades de empleo con apoyo en empresas "ordinarias",
- y una mayor integración del conjunto, apoyada con la creación de una red de Servicios provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo.

Situación en la que nos encontramos en la actualidad (algunos de cuyos resultados, como la creación de los SOAE, empiezan a notarse ya en el cuadro citado), y cuyos planteamientos voy a intentar exponer a continuación.

III. ELEMENTOS BÁSICOS DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD Y EMPLEO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

El análisis crítico, individual y colectivo, de los dos aspectos anteriormente resumidos (información científica y experiencia concreta) cristaliza provisionalmente en una posición (33, 65, 67, 71), que, aunque expuesta de modo individual, tiene básicamente un carácter colectivo e institucional, como base del trabajo actual de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. De hecho, una gran parte de mi exposición utiliza, en ocasiones textualmente, parte del material escrito de nuestro trabajo en ella (33).

Sobre la base de lo resumido en páginas anteriores parece clara la necesidad de un programa global, que nosotros proponemos denominar "ocupacional-laboral" y cuyo objetivo general (33) debería ser incrementar la cantidad y calidad de actividad productiva y empleo de las personas con trastornos mentales severos, mediante la combinación de distintas actividades orientadas a conseguir el mantenimiento en el empleo de aquellos que lo tienen, el acceso al mismo de los que no lo tienen pero pueden llegar a tenerlo y, secundariamente, el desarrollo de actividad ocupacional para los que no pueden conseguirlo o mantenerse en él. Lo que implica establecer las estructuras, que permitan apoyar a las personas con este tipo de problemas a lo largo de procesos individualizados, complejos y de larga duración. Sin olvidar que algunas características concretas pueden variar significativamente según distintos factores contextuales, hay algunos elementos comunes sobre los que insistir.

III.1. DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

Es difícil hacer una delimitación cuantitativa de los usuarios potenciales del programa, entre otras cosas por ser, probablemente muy variable en función del contexto socioeconómico general y de servicios (33, 70) en el que nos movemos. Parece, sin embargo, que hay que tener en cuenta, en el colectivo de personas con trastorno mental severo (especialmente con diagnóstico de esquizofrenia), tres subpoblaciones, con problemáticas específicas y necesitadas, por tanto, de estrategias relativamente diferenciadas:

- Personas con empleo (no más de un 10-15% del total), en las que hay que impedir que lo pierdan (16), mediante un trabajo a varias bandas (paciente, familia, profesionales sanitarios y entorno laboral).
- Personas que tuvieron empleo pero lo han perdido por su enfermedad (cifra muy variable según el contexto socioeconómico, pero más alta de lo que a priori pudiéramos pensar (47), grupo en principio más favorable para volver a trabajar.
- Y personas que nunca tuvieron empleo, población teóricamente con más dificultades pero que no por ello debe excluirse a priori del programa (12).

III.2. INTERVENCIONES NECESARIAS

Intentar cubrir las necesidades de actividad productiva y empleo de las distintas personas que componen dichos colectivos, supone estar en condiciones de ofrecerles un amplio abanico de intervenciones, integradas en programas individualizados (16, 104). Como hemos planteado ya en otras ocasiones (33, 65, 71), parece que una propuesta razonable debería incluir básicamente las siguientes, muchas de las cuales, dependiendo de los usuarios y de los contextos concretos, pueden realizarse ya sea en estructuras de tipo general, ya en estructuras específicas para personas con trastorno mental severo:

1. Un *tratamiento sanitario* general, orientado, más allá del control sintomatológico, a favorecer, en la mayor medida posible, la permanencia en la comunidad (38,66,69,103,107).
2. Programas de *Rehabilitación Psicosocial*, sobre los que, aunque deberían estar incluidos en el apartado anterior (7, 11, 32, 38, 61, 66, 69, 91, 99, 103, 112, 116), hay que insistir por su importancia intrínseca y habitual "olvido", y por servir de base para intervenciones más específicas.
3. La *Evaluación* de necesidades y posibilidades del usuario en el ámbito de la ocupación y el empleo, incluyendo historia laboral previa, situación actual, aspiraciones y deseos, etc., así como la elaboración de un *itinerario personalizado* (25, 32, 62, 92).
4. Distintas actividades dirigidas a la *Orientación vocacional* de cada usuario, ayudándole a definir sus posibilidades en el contexto concreto en que se encuentra (25, 32, 59, 62, 92).
5. Programas de *Adquisición de hábitos laborales básicos*, en el mínimo indispensable para su posterior integración en actividades laborales (25, 32, 92).
6. La posibilidad de desarrollar *Actividad ocupacional*, ya sea como escalón previo, como actividad de transición en situaciones de retroceso en el proceso de integración, o, en no pocos casos, como actividad prácticamente permanente (95).
7. Actividades y programas de *Formación básica y compensatoria*, para superar dificultades y lagunas concretas en el proceso de aprendizaje previo de algunos usuarios (32).
8. Programas específicos de *Formación profesional* que correspondan en cada caso, de acuerdo al itinerario formativo definido para cada usuario (37).
9. La posibilidad de desarrollar distintas formas de *Trabajo supervisado*, de carácter temporal, como fase de transición entre el periodo formativo y el de empleo (25, 92).
10. Distintas actividades de *Orientación y apoyo en la búsqueda de empleo*, incluyendo el desarrollo de las habilidades necesarias para ello (25, 62, 92).
11. La disponibilidad de una panoplia, lo más amplia y variada posible, de *Alternativas de empleo* (57), desde modalidades con distinto nivel de protección, hasta al empleo ordinario en sus diversas formas (incluyendo el autoempleo).
12. Y, finalmente, distintos mecanismos de *Apoyo en el puesto de trabajo*, con intervenciones potenciales no solo sobre el paciente sino también, y según los casos, sobre el entorno familiar, profesional y laboral (17-20, 26, 28, 86).

III.3. DISPOSITIVOS Y NIVELES ORGANIZATIVOS CONVENIENTES

El desarrollo de esas prestaciones exige contar con un número variable de dispositivos, entendiendo por tales, estructuras concretas, en las que se desarrollan funciones específicas con recursos materiales y humanos más o menos "tipificables", aunque en algunos casos (una Empresa Social, por ejemplo) la utilización del término no resulte del todo adecuada.

Basándose una vez más en nuestra experiencia en Andalucía (33, 65), aunque sin perder de vista la inevitable variabilidad de los mismos, en función de los diversos contextos administrativos, el cuadro 5 ofrece una visión esquemática ordenándola a efectos didácticos en cinco niveles, uno de los cuales corresponde directamente a los servicios de salud mental.

CUADRO 5 NIVELES FUNCIONALES Y ORGANIZATIVOS DEL PROGRAMA		
NIVELES	DISPOSITIVOS	FUNCIONES
Sanitario	Equipos/Centros de Salud Mental Unidades de Rehabilitación	Tratamiento Rehabilitación Orientación general Seguimiento continuado y apoyo
Ocupacional-prelaboral	Talleres / Centros ocupacionales	Hábitos básicos Actividad no laboral
Formativo	Proyectos /Cursos de formación	Formación básica Formación profesional
Laboral	Empresas Sociales Equipos de Apoyo al Empleo	Empleo de transición Empleo
Coordinación general	Servicios de Orientación y Apoyo/ Unidades de Rehabilitación laboral	Evaluación y Orientación Apoyo Coordinación del programa

Así, el esquema contempla básicamente los siguientes "niveles" y "dispositivos" o estructuras organizativas, si bien hay que insistir de nuevo en que, evidentemente, son perfectamente posibles otras combinaciones, tipologías y denominaciones concretas:

- a) Un *nivel sanitario*, que, además de la atención global necesaria en cada caso, y el seguimiento individualizado a lo largo del proceso, asume funciones que podemos considerar formalmente "previas" al mismo, como son el *tratamiento comunitario*, la *rehabilitación psicosocial* y una *primera orientación vocacional*. Funciones que en nuestro modelo corresponden a *Equipos de Salud Mental* y *Unidades de Rehabilitación*, sobre cuya dependencia sanitaria hemos insistido en otras ocasiones (63, 66, 69).
- b) Un *nivel ocupacional-prelaboral*, algunos de cuyos dispositivos pueden tener otras funciones en la atención comunitaria de sus usuarios, pero que asume algunas específicas en el proceso de integración laboral, como la *evaluación y orientación*, la *adquisición de hábitos básicos* y la *actividad ocupacional* (transitoria y/o alternativa). Para ello son útiles dispositivos específicos del tipo de los *Talleres y/o Centros ocupacionales*, si bien hay que estar atentos a controlar sus riesgos de institucionalismo y desmotivación. Para intentar contrarrestarlos parecen útiles algunos mecanismos, como la revisión periódica de su orientación y funcionamiento, la búsqueda de la mayor orientación a la producción y el mercado posibles en cada caso, así como la implicación activa de los usuarios en su desarrollo y dinámica cotidiana (9, 84, 89).
- c) Un *nivel formativo*, que busca, sobre la base de un itinerario individualizado y utilizando tanto recursos específicos como "normalizados", completar la formación de los usuarios a través de actividades de *formación básica y compensatoria*, *formación profesional*, *trabajo supervisado* o "en prácticas" y *orientación en la búsqueda de empleo*. Actividades que pueden desarrollarse a través de *Cursos de educación general y compensatoria*, *Cursos de Formación profesional*, y distintos tipos de *Proyectos formativos* y "formativo-empresariales".
- d) Un *nivel laboral*, en el que se trata de facilitar oportunidades graduadas de empleo, en sentido estricto, incluyendo *empleo de transición* y *entornos protegidos*, *empleo*

apoyado y empleo ordinario. Para ello se consideran, como estructuras específicas, *Empresas de inserción, Empresas sociales y Equipos de Apoyo al Empleo.*

- e) Y, finalmente, un *nivel de coordinación* y apoyo, con dos tipos de dispositivos:
- *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo*, que permitan coordinar y supervisar el conjunto del programa en niveles territoriales operativos (provincia, área de salud, etc.), actuando como “filtro” en los flujos entre sus diversos niveles, y facilitando a su vez prestaciones específicas², como la evaluación y orientación vocacional, el diseño de itinerarios personalizados y la coordinación con el nivel sanitario,
 - y alguna *estructura específica de apoyo a las empresas sociales*, facilitando servicios de orientación, asesoría y apoyo a la gestión de las mismas³.

III.4. PROFESIONALES NECESARIOS

Cuanto más compleja sea la red que integra el programa, mayor será la diversidad de perfiles profesionales implicados, en su mayor parte diferenciados de los sanitarios tradicionales y necesitados de algún tipo de entrenamiento específico para su relación con el colectivo (también aquí, como en otros programas de apoyo social, los modelos basados en la Psicoeducación familiar pueden ser bastante útiles). Sin olvidar que algunas actividades pueden recaer durante bastante tiempo en personal polivalente, y que distintos tipos de profesionales actuales pueden cumplir diferentes funciones de las establecidas en el programa, habría que mencionar la necesidad, al menos, de:

- a) Monitores de Talleres y Centros ocupacionales, que exigen un apoyo y orientación específicos para contrarrestar las inevitables tendencias al institucionalismo.
- b) Monitores de formación profesional, básicamente expertos en la actividad de que se trate, con sensibilidad hacia el colectivo y habilidades didácticas.
- c) Técnicos en rehabilitación vocacional (Terapeutas Ocupacionales y/o Psicólogos).
- d) Orientadores laborales, expertos en los procesos que se dan en el mercado laboral.
- e) Gerentes o Directores de Empresas sociales, básicamente “empresarios”, pero también con sensibilidad hacia este colectivo.
- f) Trabajadores de empresas sociales, trabajadores del sector que corresponda, pero con funciones de tutela y apoyo que pueden requerir algún tipo de entrenamiento y soporte.
- g) Y distintos tipos de Monitores de apoyo, especialmente en los programas de empleo en el mercado laboral ordinario.

III.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

Aún defendiendo una política general de “no-exclusión” a priori para la entrada en el programa, parece necesario establecer criterios que regulen el acceso a sus distintas actividades, con la suficiente flexibilidad para no hacer aún difíciles las situaciones de muchos usuarios. Contando con la habitual limitación de recursos, parece lógico tener en cuenta aspectos como:

- a) La gravedad del problema de salud mental en general y sus repercusiones sobre la actividad y el empleo, para establecer prioridades de intervención desde un programa especializado.

² Parcialmente coincidentes con las de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid (25,92)

³ Función que en Andalucía cumple la empresa IDEA, SA (*Iniciativas De Empleo Andaluzas*) (2,33,65)

- b) La relación del futuro usuario con los servicios públicos de salud mental, a los que debe corresponder su evaluación inicial, la indicación técnica y la responsabilización del seguimiento sanitario (plan individualizado con componentes rehabilitadores).
- c) Y la capacidad para seguir las actuaciones específicas que se determinen como más convenientes, lo que significa, al menos un mínimo de motivación, la ausencia, o posibilidad de control, de manifestaciones sintomatológicas que dificulten la relación con el personal y/o los compañeros, y una razonable expectativa de desempeño de las actividades.

Es evidente que los distintos componentes de este último “criterio”, dependerán en cada caso del nivel concreto del programa, siendo más complejos cuanto más se acerquen a los estrictamente laborales. Así, la participación en algunas actividades de un Taller ocupacional no exige demasiados requisitos en términos de motivación o capacidad, al ser estos aspectos trabajables a este nivel, como prolongación de su programa de rehabilitación. Pero, el aprovechamiento de un curso estructurado y, en mayor medida, el acceso al empleo en un medio específico o general, van a exigir una motivación clara y un conjunto de capacidades mínimas mucho mayores, si queremos que el aprendizaje y la integración sean reales.

Por otro lado, la ausencia de manifestaciones sintomatológicas distorsionantes tiene un carácter relativo, que intenta eliminar interferencias en el aprendizaje o desempeño de la tarea, a la vez que proteger los derechos de los demás participantes. En cualquier caso tiene un carácter estrictamente temporal, implicando lógicamente, un plan individualizado coordinado con el servicio sanitario, para su control.

En resumen, aunque prácticamente todas las personas con trastorno mental severo serían susceptibles de incorporarse a un programa ocupacional-laboral, ello no significa que puedan hacerlo en cualquier momento ni en cualquier nivel, dispositivo o subprograma. De hecho, hablar de una red de servicios y actuaciones, con distintos niveles e itinerarios individuales, implica considerar distintas evoluciones deseables y posibles de los usuarios. Lo que debe permitir contrapesar dos riesgos simétricos: el rechazo, por un lado, de las personas que, por tener más dificultades, más necesitan este tipo de intervenciones y apoyos; y, por otro, la mala utilización de recursos que significa situar en algunos programas a personas que no pueden beneficiarse de ellos, privando de esa posibilidad a quienes sí podrían hacerlo.

Y sin olvidar que, como se ha señalado anteriormente, en muchos de estos aspectos no hay todavía criterios objetivos para predecir evoluciones individuales, lo que obliga a ser cautos y flexibles en las decisiones sobre entradas, tiempos de permanencia, cambios internos y salidas del Programa, y de cada dispositivo.

III.6. FUNCIONAMIENTO E INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA

Lo que se trata de conseguir es que, tanto el conjunto del programa como sus distintos dispositivos y actuaciones, se atengan a los objetivos generales de aquél, en la concreción correspondiente a cada nivel y usuario individual. Es decir, que, en la mayor medida posible:

- a) Cada usuario tenga un itinerario individualizado que, basado en sus intereses y capacidades personales y en las posibilidades del medio, le permita utilizar los recursos disponibles para alcanzar el nivel más adecuado posible de integración a corto, medio y largo plazo.
- b) Cada dispositivo y/o subprograma consiga un nivel razonable de funcionamiento, maximizando su capacidad de dar respuesta a las necesidades de sus usuarios, lo que significa algún grado de compromiso en cuanto al número, homogeneidad-heterogeneidad de aquellos y especificidad-polivalencia de las actuaciones.

- c) Y, en cada ámbito territorial, el conjunto de recursos funcione de manera integrada, cubriendo de la mejor manera posible las distintas necesidades del colectivo.

Para ello, además de la formación continuada y el apoyo a los profesionales, es esencial que haya una coordinación estricta entre los distintos componentes del Programa en los ámbitos territoriales pertinentes. En nuestro caso pensamos que los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo pueden ser una respuesta a esta necesidad, interviniendo tanto en la supervisión y apoyo al funcionamiento de cada dispositivo y sus relaciones internas y externas, como en el seguimiento individualizado de los usuarios.

III.7. COORDINACIÓN EXTERNA

Otro aspecto clave es la coordinación con los servicios de salud mental, ya que un Programa orientado a facilitar la integración social de personas con trastorno mental severo, tiene sentido y posibilidades de éxito únicamente en el marco de un conjunto más amplio de políticas e intervenciones dirigidas a la atención comunitaria de estas personas (63, 66, 68).

Ello exige una vinculación estricta con los servicios de salud mental (68, 70), vinculación que afecta a los distintos momentos en que se articula el Programa, incluyendo tanto los aspectos generales de planificación y evaluación periódicas de recursos y actuaciones, como las intervenciones individuales sobre los distintos usuarios, en cada uno de los dispositivos y actividades concretas. Lo que exige también, es una estructura organizativa clara que facilite la coordinación, incluyendo los distintos niveles territoriales de articulación del programa, desde el más general al de cada dispositivo y usuario.

En nuestra manera de entender esta relación (33, 68, 70) y en lo que respecta a los distintos pasos que requieren coordinación en el seguimiento individualizado de los usuarios, hay que tener en cuenta que:

- a) Deben ser los servicios de salud mental, habitualmente a través de sus Equipos comunitarios y Unidades de Rehabilitación, los que deben establecer la indicación de entrada en el programa, sobre la base de una evaluación inicial y en el marco de una estrategia individualizada de rehabilitación.
- b) Son también ellos los que, con las modalidades y mecanismos concretos que se definen en cada caso, deben asegurar la atención sanitaria individual que corresponda.
- c) El itinerario individual de cada usuario debe elaborarse contrastando esa indicación con la evaluación del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo, lo que permite, además, la consideración de las posibilidades concretas que ofrecen los recursos disponibles.
- d) Y, a lo largo de todo el proceso (que puede incluir el paso por distintos recursos y el escalonamiento de muy diferentes intervenciones) pueden ser necesario reevaluar en más de una ocasión la situación y modificar el itinerario previsto, lo que obliga de nuevo a coordinarse para la toma de decisiones y el seguimiento de las intervenciones establecidas.

También, en la medida en que las actividades de integración laboral de personas con dificultades están teniendo actualmente un importante desarrollo, hay que mantener una adecuada interacción con todo ese campo, sin renunciar a la especificidad de nuestras actuaciones pero integrándose en un contexto más general. Así hay que tener en cuenta la necesidad de coordinación con las estructuras administrativas con competencias sobre el empleo (autonómicas y estatales), con organismos donde se definen y/o articulan programas de apoyo al empleo para distintos colectivos (organismos representativos tipo CERMI, organi-

zaciones como ONCE, asociaciones de Centros Especiales de Empleo, etc.), así como con distintas organizaciones sociales implicadas (Sindicatos y organizaciones empresariales).

Todo ello sin olvidar las necesidades de coordinación con otros programas de apoyo social de dependencia no sanitaria, en temas como la residencia, ocio, asociacionismo, etc.

IV. ALGUNAS "CONCLUSIONES" GENERALES

Para terminar y aún a riesgo de resultar repetitivo, puede ser útil plantear algunas consideraciones generales, a modo de resumen de los aspectos que considero más importantes para ayudarnos a orientar el trabajo de los que nos movemos en este campo.

1. En primer lugar, parece que, en los últimos años, las personas con dificultades de empleo relacionadas con presentar graves problemas de salud mental, y muy especialmente aquellas con diagnóstico de esquizofrenia, van avanzando en el reconocimiento de su derecho a acceder a políticas públicas de apoyo en este área. Sin embargo, distintos *factores limitan* todavía de modo considerable el ejercicio práctico y efectivo de ese derecho, especialmente en nuestro país, aunque con marcadas diferencias entre sus distintas Comunidades Autónomas:

- a) La persistencia de importantes barreras, algunas con traducción legal, relacionadas con el estigma y que afectan tanto a su derecho de ciudadanía como a su acceso al empleo.
- b) El insuficiente desarrollo de servicios públicos de salud mental, de base y orientación comunitaria (sanitarios y de apoyo social), con capacidad real para una atención efectiva, global e individualizada y con un adecuado componente de rehabilitación (7, 38, 98).
- c) La escasa responsabilidad habitualmente asumida por las administraciones públicas, en el desarrollo de programas y servicios de apoyo al empleo para este colectivo; responsabilidad que no puede ser sustituida por iniciativas del sector "no gubernamental".
- d) Y, la falta de un modelo de intervención en este campo, razonablemente consensuado y apoyado en los conocimientos científico-tecnológicos hoy existentes.

Este último aspecto me preocupa especialmente ya que, como vengo repitiendo, un funcionamiento inadecuado (que ignore las peculiaridades del colectivo) no sólo no resuelve sus problemas, sino que puede terminar convirtiéndose en una nueva barrera.

2. Es verdad que no tenemos, para facilitar el acceso y mantenimiento en el empleo de personas con trastornos mentales graves, una *tecnología* propiamente dicha (conocimientos teóricos, procedimientos prácticos y agentes entrenados). Pero sí vamos disponiendo de elementos que nos pueden permitir avanzar en su desarrollo, a través de la difusión de información nacional e internacional, del análisis de nuestras experiencias y, sobre todo, de la discusión en común entre todos los implicados en este tipo de trabajo, desde distintas posiciones y territorios.

3. Como elementos básicos de un modelo común razonable, que nos permitiría avanzar un poco más en este campo de trabajo, creo que hay que incluir los siguientes:

- a) La constatación de que el colectivo de potenciales usuarios/beneficiarios de estos programas es profundamente *heterogéneo* en varias dimensiones, como su situación laboral (en riesgo de perder el empleo, habiéndolo perdido y sin haberlo tenido nunca), sus

dificultades y capacidades concretas, sus aspiraciones, expectativas y deseos, y una gran variedad de aspectos contextuales (familia, servicio, situación social, localización, etc.)

- b) La necesidad por tanto de una gran *variedad de programas, intervenciones y agentes implicados*, aspecto en el que el colectivo se divide en cuatro grupos: los que pueden resolver sus problemas por sí mismos o con un "pequeño empujón", los que necesitan intervenciones compatibles con agencias generales o inespecíficas, los que necesitan intervenciones complejas y especializadas, habitualmente no disponibles en las agencias normales, y, los que necesitan alternativas diferentes al empleo. Clasificación poco precisa en términos operativos pero que puede ser útil como orientación general.
- c) Lo mismo sucede en relación con los *tipos de empleo*, donde hay necesidad de combinar empleos en empresas "ordinarias" (sin apoyo o con apoyos puntuales, de los que el empresario y los compañeros no tienen porqué enterarse), programas específicos de empleo con apoyo, empleo en Empresas Sociales, como transición hacia empresas "ordinarias", empleo permanente en Empresas Sociales y distintas modalidades de itinerarios complejos entre unas y otras, además de trabajos a tiempo parcial, en prácticas, etc.
- d) La utilidad (a falta todavía de comprobación experimental de su efectividad y eficiencia) de *procesos colectivos* de media-larga duración, que combinan de manera programada y en contextos reales de desarrollo productivo y empresarial, actividades de orientación, motivación, formación, trabajo y apoyo. Procesos que requieren, además, una buena coordinación con los servicios de salud mental y para los que algunas experiencias de creación de Empresas Sociales pueden ser ejemplos de interés.
- e) La conveniencia de contar, para abarcar razonablemente esa complejidad de necesidades e intervenciones, con algún tipo de *servicio especializado*, que trabaje con los casos más complejos a la vez que asesora y apoya los servicios más generales en el manejo de personas que plantean dificultades bastante diferentes de las de otros colectivos.
- f) Y, por último, la urgencia de desarrollar procedimientos comunes de *seguimiento y evaluación* de las distintas actividades, dispositivos y programas, que nos permitan avanzar sobre bases científico-tecnológicas en este. A este respecto se podrían establecer algunas prioridades como son:
- La implantación de un sistema común de indicadores básicos para el seguimiento de los distintos programas, en distintos contextos territoriales.
 - La definición consensuada de algunos criterios y estándares de calidad de distintos tipos de dispositivos y programas de intervención.
 - El desarrollo de un paquete de instrumentos para medir las variables más relevantes, con traducción y adaptación de algunos de los internacionalmente disponibles, así como la elaboración y validación de otros nuevos.
 - La construcción de un esquema básico de evaluación del programa en su conjunto así como de sus diversas actividades.
 - Y un estudio multicéntrico que incluya alguna evaluación de resultados de distintos programas en diversos contextos territoriales y de servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldaz, J.A. y Vázquez, C.- Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid, Siglo XXI, 1996.
2. Alvarez, F.- Programas de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía. En Lara y López, 2003: 201-209.
3. Ancil, R. J., Holliday, S. y Higgenbttam, J. (Ed.).- Schizophrenia. Exploring the spectrum of psychosis. Chichester, Wiley and Sons, 1994.
4. Anthony, A. W.- Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1994,17, 3: 3-13.
5. Anthony, W.A. y Blanch, A.- Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1987, 11: 5-23.
6. Anthony, W.A., Rogers, E.S. y ots.- Relationship between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. Psychiatric Services, 1995, 46, 4, 353-358.
7. Asociación Española de Neuropsiquiatría.- Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, 2002, Cuadernos Técnicos, nº 6.
8. Bailey, E.L., Ricketts, S.K. y ots.- Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? Psychiatric Rehabilitation Journal, 1998, 22, 24-29.
9. Banks, B., Charleston, S. y ots.- Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2001, 24, 4:389-396.
10. Barker, L.T.- Community-based models of employment services for people with psychiatric disabilities. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1994, 17, 3: 55-65.
11. Barton, R.- Psychosocial Rehabilitation Services in the Community Support Systems: a review of outcomes and policy recommendations. Psychiatric Services, 1999, 50, 4, 525-534.
12. Becker, D.R., Smith, J. y ots.- Fidelity of Supported Employment Programs and employment outcomes. Psychiatric Services, 2001, 52, 6, 834-836.
13. Bedia, M., Arrieta, M. y ots - Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. Actas Españolas de Psiquiatría., 2001, 29, 6: 357-367.
14. Bell, M.D. y Bryson, G.- Work rehabilitation in Schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? Schizophrenia. Bulletin, 2001, 27 (2): 269-279.
15. Bell, M.D., Lysaker, P.H. y Milstein, R.M.- Clinical benefits of paid work activity in Schizophrenia. Schizophrenia. Bulletin, 1996, 22 (1): 51-67.
16. Boardman, J; Grove, B y ots.- "Work and employment for people with psychiatric disabilities. British Journal of Psychiatry, 2003, 182: 467-468.
17. Bond, G.R.- Applying Psychiatric Rehabilitation principles to employment: recent findings. En Ancil, R, 1994, pp. 49-65.
18. Bond, G.R. - Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1998, 22, 11-23. Traducción castellana en Lara y López, 2003: 115-136
19. Bond, G.R., Becker, D.R. y ots. - Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. Psychiatric Services, 2001, 52 (3): 313-322.
20. Bond, G.R., Drake, R.E. y ots. - An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatric Services, 1997, 48, 336-346.
21. Bond, G.R., Drake, R.E. y Becker, D.R.- The role of social functioning in vocational rehabilitation. En Mueser y Tarrrier, 1998, pp. 372-390.

22. Bryson, G., Lysaker, P. y Bell, M.- Quality of life benefits of paid work activity in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2002, 28 (2): 249-257.
23. Casper, E.S. y Fishbein, S.- Job satisfaction and job success as moderators of the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26, 3: 33-42.
24. Colón, C.- La Fageda: una alternativa laboral para los enfermos mentales crónicos. *Informaciones Psiquiátricas*, 1992, 131: 107-108.
25. Comunidad de Madrid.- Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, nº 14, 2002.
26. Cook, J. y Razzano, L.- Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26 (1): 87-103.
27. Corrigan, P.W. y Penn, D.- Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 1997,6, and 4: 355- 366.
28. Crowther, R.E, Marshall, M. y ots. - Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review". *British Medical Journal*, 2001, 322: 204-208.
29. Cunningham, K., Wolbert, R. y Brockmeier, M.B.- Moving beyond the illness: factors contributing to gaining and maintaining employment. *American Journal of Community Psychology*, 2000, 28, 4: 481-494.
30. Dorio, J., Guitar, A. y ots.- Differences in job retention in a supported employment program Chinoook Clubhouse. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 25, 3: 289-298.
31. Drake, R.E., McHugo, G.J. y ots.- A randomised clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 627-633.
32. Flexer, R.W. y Solomon, P.L.- *Psychiatric Rehabilitation in Practice*. Boston, Andover Medical Publishers, 1993.
33. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-laboral. Sevilla, FAISEM, 2000.
34. Furlong, M., McCoy, M.L. y ots.- Jobs for people with the most severe psychiatric disorders: Thresholds Bridge North Pilot. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26, 1: 13-22.
35. Gallio, G.- *Nell'Impresa Sociale*. Trieste, Per la salute mentale, 1987.
36. García, J. y De las Heras, B.- Soportes para la convivencia y la interacción social de pacientes con trastornos mentales persistentes: funciones y necesidades. En García, J., Espino, A. y Lara, L.- *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid, Díaz de Santos, 1998: 225-239.
37. García, J., Peñuelas, E. y ots.- La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2000, XX, 73: 9-22.
38. Gisbert, C. (Coord.).- *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid, AEN, 2003.
39. Goergen, R.- Empresas y empresarios sociales en Italia: la experiencia de Trieste. En Lara y López, 2003: 158-200.
40. Gold, J.M., Goldberg, R.W., y ots.- Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 159: 1395-1402.
41. Gowdy, E.L., Carlson, L.S. y Rapp, C.A.- Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003, 26, 3: 232-239.
42. Green, M.F.- What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 321-330.
43. Grove, B, Freudenberg, M y ots. - *The social firm handbook*. Brighton, Pavilion, 1997.

44. Grove, B.- La integración laboral de personas con trastorno mental severo en el Reino Unido. En Lara y López, 2003:137-149.
45. Harding, C.M. y Zahniser, J.H.- Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90 (Suppl. 384): 140-146.
46. Henry, A.D., Barreira, P. y ots.- A retrospective study of Clubhouse-based transitional employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24,4: 344-354.
47. Hervás, A.; Cuevas, C. y ots.- Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del Area Sanitaria "Virgen del Rocío" de Sevilla. *Intervención Psicosocial*, 1997, VI, 3: 393-404.
48. Holzner, B., Kemmler, G. y Meise, U.- The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 33: 624-631.
49. Huxley, P.- Work and mental health: an introduction to the special section. *Journal of Mental Health*, 2001, 10, 4: 367-372.
50. Huxley, P. y Thornicroft, G.- Social inclusion, social quality and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2003,182:289-298.
51. Jacobs, H.E., Wissusik, D. y ots.- Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hospital and Community Psychiatry*, 1992, 43, 4: 365-369.
52. Jones, C.J., Perkins, D. y Born, D.L.- Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 25, 1: 5 3-59.
53. Kravetz, S.; Dellario, D. y ots.- A two-faceted participation approach to employment and career development as applied to persons with a Psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003, 26, 3: 278-289.
54. Krupa, T., Lagarde, M. y Carmichael, K.- Transforming sheltered workshops into affirmative businesses: an outcome evaluation". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003, 26, 4: 359-367.
55. Lal, S. y Mercier, C.- Thinking out of the box: an intersectorial model for vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26, 2: 145-153.
56. Lara, L. y López, M.- La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En García, J., Espino, A. y Lara, L., 1998: 213-224.
57. Lara, L. y López, M. (Ed.).- *Integración laboral de personas con trastorno mental severo*. Sevilla, FAISEM, 2003 (Edición policopiada).
58. Latimer, EA.- "Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness". *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001,46: 496-505.
59. Lehman, A. F. - Vocational Rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21 (4): 645-656.
60. Lehman, A. F.- Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59, 2: 165-172.
61. Liberman, R.P.- *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Martínez Roca, 1993.
62. Liberman, R.P y Green, M.F.- Wither cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18 (1): 27-35.
63. López, M.- Bases para una nueva política en Salud Mental. En García Espino y Lara, 1998: 29-39.
64. López, M.- Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia*, 2000, 7: 4-8.

65. López, M.- Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía. Boletín de la Asociación Madrileña de rehabilitación Psicosocial, 2001, 8, 13: 51-58.
66. López, M.- Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la cronicidad en salud mental. En Verdugo, M., López, D. y ots, 2002: 75-105.
67. López, M., Álvarez, F. y Laviana, M. - Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, XVIII, 68: 735-747.
68. López, M. y Lara, L.- La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión. En Leal, J.- Equipos e instituciones en salud (mental). Salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid, AEN, 1997: 149-168.
69. López, M., Lara, L. y Laviana, M.- La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En Espino, A. y Olabarría, B.- La formación de los profesionales de la Salud Mental en España. Madrid, AEN, 2003: 269-301.
70. López, M. y Laviana, M.- Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas. En García y ots, 1998: 253-260.
71. López, M., Laviana, M., Álvarez, F. y ots.- Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Enviado para publicación a Revista de la AEN (Agosto, 2003).
72. Lysaker, P.H., Bell, M.D. y ots. - Work capacity in Schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, 1993, 44: 278-280.
73. Lysaker, P.H., Bell, M.D. y ots.- Social skills at work. Deficits and predictors of improvement in schizophre. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1995, 183, 11: 688-692.
74. Manning, C. y Withe, P.D.- Attitudes of employers to the mentally ill. Psychiatric Bulletin, 1995, 19: 541-543.
75. Manning, S.S. y Suire, B.- Consumers as employees in Mental health: bridges and roadblocks. Psychiatric Services, 1996, 47: 939-940.
76. Marrone, J., Balzell, A. y Gold, M.- Employment supports for people with Mental Illness. Psychiatric Services, 1995, 46, 7: 707-711.
77. McDonald-Wilson, K.L., Rogers, S. y ots.- An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study. Community Mental Health Journal, 2002, 38, 1: 35-50.
78. McGurkin, M C.- An overview of the effectiveness of traditional vocational rehabilitation services in the treatment of long term mental illness. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1994, 17, 3: 37-65.
79. Mueser, K.T., Becker, D.R. y ots.- Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1997, 185, 7: 419-426.
80. Mueser, K.T., Becker, D.R. y Wolfe, R.- Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. Journal of Mental Health, 2001, 10, 4: 411-417.
81. Mueser, K.T., Bond, G.R. y Drake, R.- Community-based treatment of Schizophrenia and other Severe Mental disorders: Treatment outcomes? Medscape Mental Health, 2001, 6 (1) (En www.medscape.com). Traducción castellana en Lara y López, Op. Cit., 2003: 26-64.
82. Mueser, K.T., Salyers, M P y Mueser, P R.- A prospective analysis of work in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2001, 27 (2): 282-296.
83. Mueser, K.T. y TARRIER, N.- Handbook of Social functioning in Schizophrenia. Boston, Allyn and Bacon, 1997.
84. O'Flynn, D. y Craig, T.- Which way to work? Occupations, vocations and opportunities for mental health service users. Journal of Mental Health, 2001, 10, 1: 1-4.

85. Peckham, J. y Muller, J.- Employment and Schizophrenia: recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1999, 22, 4, 399-402.
86. Penn, D. y Mueser, K.- Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1996, 153: 607-617.
87. Perkins, R y Rinaldi, M.- Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment. Psychiatric Bulletin, 2002, 26: 295-298.
88. Provencher, HL; Gregg, R y ots.- "The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities". Psychiatric Rehabilitation Journal, 2002, 26,2:132-144.
89. Reker, Th., Hornung, P. y ots.- Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000, 101: 457-463.
90. Resnick, S.G. y Bond, G.- The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2001, 25,1: 12-19.
91. Rodríguez, A.- Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid, Pirámide, 1997.
92. Rodríguez, A.- La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral del Programa de Atención social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. En Lara y López, 2003: 210-228.
93. Rogers, S., Anthony, W.A. y ots.- Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. Community Mental Health journal, 1997, 33, 2: 99-112.
94. Rollins, A.L., Mueser, K.T. y ots.- Social relationships at work: does the employment model make a difference? Psychiatric Rehabilitation Journal, 2002, 26, 1: 51-61.
95. Rosen, A y Barfoot, K.- "Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work". En Thornicroft, G y Szmukler, G, 2001, pag. 295-308.
96. Ruggeri, M., Leese, M. y ots. - "Definition and prevalence of severe and persistent mental illness". British Journal of Psychiatry, 2000, 177, 149-155.
97. Rutman, I D.- "How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment". Psychosocial Rehabilitation Journal, 1994, 17,3:15-35.
98. Salvador-Carulla, L., Bulbena, A. y ots.- La Salud Mental en España: Cien años en el País de las Maravillas. En Informe SESPAS 2002. Invertir en salud. Prioridades en Salud pública. Valencia, EVES, 2002: 301-326.
99. Saraceno, B. - La fine dell'Intrattenimento. Milano, Etas Libri, 1995.
100. Saraceno, B.- Psychosocial Rehabilitation as a Public Health Strategy. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1997, 20, 4, 10-15.
101. Schwarz, G.- Las empresas sociales como medio para la integración laboral de personas con trastorno mental severo en Alemania. En Lara y López, 2003: 150-157.
102. Shepherd, G.- The value of work in the 1980's. Psychiatric Bulletin, 1989,13: 231-233.
103. Shepherd, G.- Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica. En Aldaz y Vázquez, 1996: 1-22.
104. Shepherd, G.- Integración laboral de personas con enfermedad mental severa. Perspectiva nacional y local". En Lara y López, 2003.
105. Simmons, T.J., Selleck, y ots.- "Supports and rehabilitation for employment. En Flexer y Solomon, 1993, pp. 119-135.
106. Suslow, T., Schonauer K. y ots.- Prediction of work performance by clinical symptoms and cognitive skills in schizophrenic outpatients. Journal of Nervous and Mental Diseases, 2000, 188,2:116-118.

107. Thornicroft, G. y Szukler, G.- Textbook of Community Psychiatry. Oxford, Oxford University Press, 2001.
108. Toro, A.- Políticas de empleo para personas con discapacidad. En Lara, L. y López, M., 2003: 65-69.
109. Torrey, W.C., Mueser, K.T. y o.s.- Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2000, 51, 2: 229-233.
110. Turton, N.- Welfare benefits and work disincentives. *Journal of Mental Health*, 2001,10, 3: 285-300.
111. Velligan, D.I., Bow-Thomas, C.C., y o.s.- Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in Schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, 188, 8: 518-524.
112. Verdugo, M.A., López, D. y o.s.- Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Amaru, Salamanca, 2002.
113. Wallace, C.J.- Psychiatric Rehabilitation. *Psychopharmacological Bulletin*, 1993, 29 (4): 537-548.
114. Wallace, C.J., Tauber, R. y Wilde, J. - Teaching fundamental workplace skills to persons with Serious mental Illness. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 9: 1147-1153.
115. Warner, R.- Work disincentives in US disability pension programs. *Journal of Mental Health*, 2001, 10, 4: 405-409.
116. Watts, F. y Bennet, D. - Teoría y práctica de la rehabilitación psiquiátrica. México, Limusa,1992.
117. Wing, J. (1992).- Esquizofrenia. En Watts y Bennet, 1992: 59-77.
118. Wing, J.K. y Brown, G.B. (1970).- Institutionalism and Schizophrenia. London, Cambridge University Press.

ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS COMUNITARIOS EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SOCIAL EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Abelardo Rodríguez González
*Psicólogo. Responsable técnico del Plan de Atención Social
a personas con enfermedad mental grave y crónica*

ÍNDICE

1. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES
2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA
3. LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA COMUNIDAD.
4. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO
5. UNA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: EL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. EL NUEVO PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007.
6. A MODO DE CONCLUSIÓN
7. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

En esta ponencia se presentarán los principales elementos que han de articularse de cara al desarrollo de una organización de cuidados comunitarios que permitan una atención comunitaria global e integral a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia y otras psicosis) y se enfatizará la atención psicosocial como un componente esencial para asegurar la cobertura de las necesidades psicosociales y sociales de esta población y promover la mejora de su funcionamiento y favorecer su integración y participación social en la comunidad. En esta línea, se presenta primero la problemática multifactorial y las diferentes necesidades tanto sanitarias como sociales de esta población y se ilustra la evolución de su atención tras los procesos de Reforma Psiquiátrica. Tras ello, se expone la necesidad de abordar un modelo de Atención Integral donde se han de integrar todo un conjunto de servicios, programas e intervenciones desde un modelo de atención basado en la comunidad, a fin de cubrir las múltiples necesidades de este colectivo. Sobre esta base, se planteará el ámbito y principales componentes de la Atención Psicosocial como un conjunto de programas y recursos esenciales para una adecuada atención comunitaria.

Por último se finaliza este trabajo ofreciendo una breve exposición de la experiencia del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, así como del nuevo impulso que supone la reciente aprobación del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 como un ejemplo de la participación y colaboración del sistema de servicios sociales en la atención psicosocial y social a esta población y en suma en la organización, en coordinación con el sistema sanitario de salud mental, de un sistema de atención integral que mejore la atención y calidad de vida de este colectivo y sus familias en la Comunidad de Madrid.

1. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: DELIMITACIÓN, PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES

El término *Paciente o Enfermo Mental Crónico* es utilizado para definir un extenso y difuso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración. Las

diferentes problemáticas de esta población y la heterogeneidad de criterios usados para su definición lleva a encontrar bajo este mismo epígrafe una gama extensa y heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes.

Por ello, es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario para administradores y gestores, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

De todos modos, hay un consenso cada vez mayor en definir las principales características de este colectivo. Así se entiende por *población enferma mental crónica*, aquella que incluye a:

«Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos» (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Con el fin de intentar evitar las connotaciones negativas y estigmatizantes del término "crónico o cronicidad", últimamente en la literatura especializada se viene utilizando en vez del "enfermo mental crónico", el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Sin embargo, a efectos de este trabajo se utilizarán ambas etiquetas para referirnos a esta población.

Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de Discapacidad: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Sin embargo, y a pesar de utilizar estos criterios, pueden obtenerse grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o a la metodología utilizada para su identificación.

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento

psicosocial y su participación en la comunidad. Como se advierte en la anterior definición, el término «enfermo mental crónico» (EMC) o personas con "Trastornos mentales severos" (TMS) viene a delimitar a un grupo de población variado y heterogéneo. supone la interacción de 3 dimensiones que nos permiten entender la compleja problemática de esta población:

Dimensión DIAGNÓSTICO: Se refiere a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, fundamentalmente Psicosis y especialmente Esquizofrenia; así como psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos graves, trastorno delirante y otros trastornos como algunos trastornos graves de personalidad.

El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica) (OMS, 1992). Quedarían excluidos los pacientes que presentan psicosis orgánicas y las que aparecen por encima de los 65 años por ser susceptibles de recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos a los de Salud Mental. La inclusión de los Trastornos de Personalidad es de todos modos objeto de debate. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otro, se sabe que algunos de estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta y del funcionamiento psicosocial, que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida. Debido a ello estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo en muchos casos condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de TMS.

Dimensión DISCAPACIDAD: Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores trastornos, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos, presentan variadas discapacidades o déficit expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social. Como consecuencia, parece necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo. Entre los instrumentos de valoración del Funcionamiento Social se ha propuesto la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning, APA 1987), utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50) que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan en mayor o medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A. (1997):

- *Autocuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.).
- *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral).
- *Autocontrol* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.).
- *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales).
- *Ocio y tiempo libre* (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés).

- *Funcionamiento cognitivo* (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).
- *Funcionamiento laboral* (falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral, etc.).

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizados de roles sociales. Asimismo estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

Asimismo, esta dimensión de Discapacidad de la población «enferma mental crónica» permite entender el destacado papel que deben jugar la atención psicosocial y social en la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo a la integración social de este colectivo.

Dimensión DURACIÓN: El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

El adjetivo «crónico» añadido al de esquizofrenia denotaba tradicionalmente, no sólo una problemática para la que no existía curación y que evolucionaba a lo largo de la vida del sujeto, sino también una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro y «cronificación». En la actualidad, tras múltiples estudios longitudinales (Bleuler, 1972, Jablensky 1982, véase Blanco y Pastor 1997 para un resumen), hoy ya no hay base para seguir pronosticando una evolución negativa y un deterioro progresivo. El desarrollo de un trastorno grave y crónico como la esquizofrenia, es mucho más variado y heterogéneo, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial.

En síntesis, la población enferma mental crónica incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y crónicos (esquizofrenia p.e.) que a consecuencia de los mismos presenta un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, lo que les lleva a tener dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social.

En cuanto a la cuantificación de la población antes delimitada, existen importantes problemas metodológicos que dificultan el poder contar con datos fiables que nos indiquen cuantas personas, atendiendo a esos criterios de diagnóstico, discapacidad y duración, se podrían englobar bajo esa categoría de *enfermos mentales crónicos (EMC) o trastornos mentales severos (TMS)*. Los estudios que han tratado de hacer una estimación de prevalencia o incidencia de TMS se han tenido que enfrentar a la polisemia de este término y por tanto a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular su tamaño. Otra de las dificultades encontradas a la hora de obtener una estimación cuantitativa de esta población es la metodología utilizada para su identificación.

Algunos de los estudios que actualmente pueden considerarse más significativos al respecto, realizados en Londres (Thornicroft 1998) y Verona (Tansella, 1998) (véase AEN (2002), Documento del grupo de trabajo sobre rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de la población con enfermedades mentales graves y crónicas, en prensa), han sido llevados a

cabo con distintos criterios, al estudiar el primero población general (estudio PRISM) y el segundo población atendida, es decir en contacto con los servicios, siendo pues índices de prevalencia estimada y registrada respectivamente, por lo que las cifras no son comparables. En nuestro país se han realizado también estimaciones tomando como base algunos registros de pacientes psicóticos realizados en determinadas áreas geográficas. A este respecto cabe destacar el que se está realizando en el área de Granada Sur (400.000 habitantes) sobre un registro de pacientes psicóticos.

Tomando como referencia los estudios citados anteriormente, el estudio de Verona encuentra una prevalencia anual de psicosis de 3.41/1.000 habitantes, similar a la obtenida en otros estudios realizados previamente en Italia (Balestrieri et al 1992) y otros estudios europeos (Robins and Regier, 1991). El estudio de Londres encuentra una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1.000 habitantes, similar también a otros estudios realizados previamente en ese país (Johnson, 1997), y que también es congruente con otro estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en el Reino Unido que obtiene una prevalencia de 2.0 a 9.0/1.000 habitantes (Meltzer, 1996).

Si se aplican los tres criterios de TMS (diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes) la prevalencia que se obtiene oscila entre 2.55/1.000 habitantes en el estudio de Londres y 1.34/1.000 habitantes en el de Verona, diferencia importante si bien hay que tener en cuenta que los resultados del estudio de Londres se refieren a prevalencia estimada mientras que los del estudio de Verona se refieren a prevalencia tratada. El 31% de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40% en el de Verona pueden considerarse TMS aplicando tales criterios.

La prevalencia de trastornos mentales, excluyendo psicosis, atendidos en Verona es de 11.42/1.000 habitantes. Si se aplican dos de los criterios de TMS resulta una prevalencia de 0.98/1.000 habitantes, lo que equivale a decir que el 9% de la población atendida no psicótica cumple al menos dos criterios de TMS.

En resumen, y tomando como referencia los estudios mencionados y los tres criterios de consenso del NIMH de TMS:

- el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMS
- el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos cumple asimismo dichos criterios

Con lo comentado hasta aquí se puede tener una primera aproximación a las características de este colectivo. Pero no debemos olvidar que aunque se compartan problemáticas más o menos comunes, éstas se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban.

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un «continuum» dentro de este colectivo, en el que podemos encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Aunque cada persona con esquizofrenia es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que nos sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia como paradigma fundamental de trastorno mental grave y crónico.

- Son especialmente vulnerables al estrés. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Muchos tienen importantes dificultades para interactuar socialmente. Esto hace que sufran una pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y que, por tanto, vivan situaciones de aislamiento social.
- En relación con los anteriores, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
- Asimismo la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Su vulnerabilidad al estrés y sus dificultades de relación y manejo de situaciones hacen que no puedan soportar las exigencias de muchos empleos y queden fuera del mercado laboral en unos casos o en otros cambien constantemente de trabajo. Esto supone un obstáculo para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de pobreza.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- **ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL**

Los pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- **ATENCIÓN EN CRISIS**

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.

- **REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL**

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados

déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- **REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO**

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

- **ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA**

Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de algunas familias, que se pueden “quemar” y desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

- **APOYO ECONÓMICO**

De igual modo, muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario, ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facili-

tar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

- **PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS**

La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas enfermas mentales crónicas en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

- **APOYO A LAS FAMILIAS**

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario «cuidar a los que cuidan»), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Asimismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas enfermas mentales crónicas, debe de ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas, constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales.

A continuación se indicará como ha evolucionado el modelo de atención y cuáles son los elementos esenciales de cara a articular una atención comunitaria integral a esta población.

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas (con la esquizofrenia como principal paradigma de enfermedad mental grave y crónica) han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psi-

quiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados «manicomios») habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente. Gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc.; se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar los enfermos mentales crónicos que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EE.UU., Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en España a lo largo de los 80, se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización (Desviat, M., 1995).

Con todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevada a cabo en los diferentes países, sí que se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser como el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica.

Reforma Psiquiátrica: Principios básicos

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.
- La apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- El intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que cubren las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La hospitalización debe perder su papel preeminente como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).

- Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Todos estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todos los países. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado y otros se quedaron en el camino. Lo que sí nos permiten es tener presente las líneas rectoras que, en general, han informado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica.

Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves y crónicos un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de las problemáticas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria, no fue hasta la recuperación democrática y en especial a partir de mediados de los ochenta cuando España inició un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en España, se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad 1986 en su artículo 20.

LEY GENERAL DE SANIDAD (LEY 14/1986 DE 25 DE ABRIL)
CAPÍTULO TERCERO DE LA SALUD MENTAL

Artículo 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en las diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo "manicomial" y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos (Montejo, J. y Espino, A. 1998), pero todavía hay un escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social, lo cual, supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social. Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica nos pone frente al reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia) y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

3. LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA COMUNIDAD

Como ya se comentó anteriormente, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada organización de cuidados comunitarios para una atención integral de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Resulta pues evidente la necesidad de articular un sistema de recursos y servicios comunitarios para procurar una atención, adecuada e integral, a la población enferma mental crónica en general a las personas que sufren esquizofrenia en especial. El concepto de "Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario" desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU. sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar a nivel local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los enfermos mentales crónicos en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo (Stroul, B. 1989):

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica.
- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo.
- Protección legal y defensa de sus derechos.

- Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población, como servicios especializados que atiendan necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

Aunque el modelo de atención a la salud mental en general y a los enfermos mentales graves y crónicos en particular, está asentado y orientado en un enfoque comunitario, aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral al enfermo mental grave y crónico. Esto es, con un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social. Este es un factor clave para el buen desarrollo de los procesos de Reforma y articulación de un modelo comunitario en salud mental, es la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios tanto de atención psiquiátrica como muy especialmente de rehabilitación y soporte social que permita atender las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales graves y crónicos y promover su mantenimiento e integración en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. La escasez de estos recursos o su inadecuada planificación ha sido uno de los handicaps más importantes para el curso de la Reforma y para sus resultados en relación a la atención a la población enferma mental crónica y a sus familias.

Éstos son, en suma, algunos de los elementos o factores que pueden ayudar a entender las dificultades y los problemas que han tenido los procesos de Reforma. A pesar de ellos no hay vuelta atrás, el manicomio ha demostrado claramente su inadecuación y sus consecuencias negativas. Las políticas de Reforma deben continuar y profundizarse aprendiendo de los errores y problemas para corregirlos y superarlos.

Éste es en la actualidad uno de los principales retos pendientes y esenciales para el éxito de la Reforma Psiquiátrica y el adecuado desarrollo de la atención comunitaria. Se hace imprescindible potenciar el desarrollo de una adecuada red de servicios comunitarios que permita avanzar en la plena integración del enfermo mental crónico en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

Así pues, la Atención Comunitaria al enfermo mental es una realidad en marcha aunque plagada de insuficiencias que debemos completar y adaptar con una adecuada planificación y gestión y un apoyo social, político y económico claro y decidido que permita desarrollar un completo y suficiente sistema de apoyo comunitario para avanzar en la mejora de la situación del colectivo de enfermos mentales crónicos y de sus familias.

En nuestro contexto para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos; y entre el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

4. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN COMUNITARIA INTEGRAL A LA POBLACIÓN ENFERMA MENTAL CRÓNICA

Muchos de los problemas y dificultades generados en el proceso de la reforma y la desinstitucionalización y en la adecuada implantación del modelo de atención comunitaria, tienen que ver con la escasa atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población y por, ende, a la poca prioridad e importancia otorgada a los programas de rehabilitación y al adecuado desarrollo de recursos de atención psicosocial y apoyo en la comunidad para atender las necesidades reales de esta población.

Como hemos reiterado, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población no sólo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

La cronicidad y la discapacidad asociada a la enfermedad mental grave no desaparecen con la crítica y la superación de la institucionalización psiquiátrica (sólo la marginación asilar que no es poco) sino que forman parte del proceso personal y social de la psicosis. La cronicidad y las dificultades de funcionamiento reaparecen en la comunidad o emergen bajo nuevos patrones.

Sin embargo, esto ha sido en general escasamente reconocido. La atención a la crisis aguda, el control del síntoma, la importancia dada a la enfermedad y la curación más que al cuidado continuado y la mejora del funcionamiento, llevaron a una relativa exclusión de enfermo mental del nuevo modelo asistencial y a descuidar la adecuada cobertura a sus múltiples necesidades, fundamentalmente psicosociales (pérdida de autonomía, dificultades de funcionamiento, problemas en el desempeño de roles sociales, falta de soporte social, pérdida de redes sociales, dependencia familiar, problemas de inserción laboral, etc.).

Teniendo presente que la atención debe ser integral e integrada y que toda división o delimitación de componentes dentro de ella siempre tiene parte de arbitrariedad y de convención, podemos aceptar que dentro del sistema de atención, se puede desglosar aquellos más ligados a los problemas psicopatológico-psiquiátricos y preferentemente orientados al tratamiento, de aquellos programas y recursos específicos que tienen relación con las necesidades y problemáticas psicosociales antes comentados y que se orientan esencialmente a la mejora del funcionamiento, el apoyo a la integración social y laboral y el soporte comunitario.

Este último ámbito es el que podríamos agrupar y delimitar como el *Atención Psicosocial* y que sintéticamente incluiría sobre todo los siguientes elementos o componentes principales:

- Rehabilitación Psicosocial, Soporte social y Apoyo a la Integración social.
- Atención Residencial: Alternativas residenciales comunitarias.
- Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.
- Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias.

Estos componentes aluden a los problemas esenciales que afectan a la calidad de vida y la participación activa en la comunidad, y por tanto su adecuada atención es no solo un complemento imprescindible para el tratamiento sino un elemento prioritario para facilitar oportunidades efectivas a este colectivo para mejorar su funcionamiento y promover su derecho a una vida digna y normalizada en la sociedad.

Sin embargo, a pesar de su importancia, la Atención Psicosocial, ha sido considerada como un aspecto secundario y de menor relevancia que el tratamiento psiquiátrico o la hospitalización.

En estas áreas que hemos agrupado bajo el rótulo de atención psicosocial, es esencial el desarrollo de programas y en sus caso recursos específicos que permitan la adecuada atención a dichas problemáticas y necesidades psicosociales y sociales, como un elemento esencial en el marco de un sistema coordinado e integral de atención comunitaria a esta población.

Podemos decir en general que la situación de la rehabilitación y la atención psicosocial en España dista mucho de ser idónea, se encuentra en estos momentos en una situación difícil y compleja con importantes retos, problemas y limitaciones que afrontar. Algunos de estos retos y problemas son como hemos ido viendo, entre otros, los siguientes:

- La necesidad de avanzar en el consenso sobre la definición, funciones y organización sobre los dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario que son necesarios (recursos de rehabilitación psicosocial y apoyo, recursos de rehabilitación laboral y promoción de empleo, dispositivos residenciales, etc.).
- La urgente necesidad de completar una red mínima suficiente de dispositivos y recursos comunitarios de atención psicosocial que cubran las necesidades residenciales, de rehabilitación y de soporte social de los enfermos mentales crónicos y que ofrezcan el asesoramiento y apoyo necesario a sus familias.
- La necesidad de potenciar e impulsar el desarrollo de los programas de rehabilitación y reinserción social de los servicios de salud mental.
- La necesidad de potenciar la implicación de los servicios sociales en la atención comunitaria del enfermo mental, y de articular la coordinación y complementariedad entre los servicios sanitarios de salud mental y los servicios sociales en la atención integral a esta población.
- El reto de apoyar, orientar y colaborar con un movimiento asociativo de familiares de enfermos mentales cada vez más pujante.
- El reto de articular medidas legislativas que apoyen y consoliden la atención comunitaria y la rehabilitación del enfermo mental y posibiliten oportunidades efectivas de integración social.
- El reto de concienciar y promover que la sociedad en su conjunto acepte al enfermo mental y apoye los esfuerzos por su integración normalizada.
- El reto para los profesionales, de asumir y extender unas prácticas y un estilo de atención coherente con el modelo comunitario y promover la adecuada atención a la cronicidad sobre la base de una orientación de rehabilitación y apoyo.

Por último, y en relación a la heterogeneidad y ausencia de consenso en relación a la tipología y modelos de dispositivos de atención psicosocial, conviene resaltar los avances que se han ido produciendo en los últimos años, no sólo en distintas comunidades autónomas, sino también en la elaboración desde las asociaciones profesionales de consensos técnicos que suponen un decidido impulso en la definición y homologación de una red de atención integral al enfermo mental crónico y específicamente en lo relativo a la atención psicosocial

con la propuesta de centros y recursos de rehabilitación psicosocial y soporte social, rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo laboral, atención residencial y la estimación de estándares de plazas necesarias de este tipo de dispositivos. En esta línea cabe destacar, los documentos elaborados por la AEN (Asociación española de neuropsiquiatría, profesionales de la salud mental). Así, en un documento "Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad" (Cuadernos Técnicos nº 4, Madrid, 2000) elaborado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN (Asociación de profesionales de Salud Mental) ha establecido una tipología y una guía de plazas de recursos de rehabilitación y apoyo social a la población enferma mental grave y crónica. La estimación de plazas establecida por la AEN en el año 2000 es la siguiente:

Estimación de plazas por 100.000 hb. de recursos de rehabilitación y apoyo. AEN ("Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad", *Cuadernos Técnicos* nº 4, AEN, 2000).

Recurso	Plazas x 100.000 hab Mínimas	Plazas x 100.000 hab Óptimas
Centros de Rehabilitación Psicosocial	20 plazas	50 plazas
Centros de Día y actividades ocupacionales	20 plazas	50 plazas
Centros de Rehabilitación Laboral/ Talleres protegidas/Apoyo al empleo normalizado	15 plazas	30 plazas
Unidad Residencial*	20* plazas	20* plazas
MiniResidencia	20 plazas	50 plazas
Pisos tutelados	20 plazas	50 plazas
Pensiones supervisadas	5 plazas	10 plazas

* Las Unidades Residenciales se plantean para desinstitutionalizar a pacientes internados en Hospitales Psiquiátricos en unidades hospitalarias de larga estancia con grave deterioro psicosocial y el nº de plazas dependerá de la existencia previa de este tipo de pacientes.

Esta estimación tiene gran interés por cuanto supone un consenso específico establecido en relación a la situación global y necesidades de nuestro país.

5. UNA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES: EL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. EL NUEVO PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007

5.1. LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

El Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica (el Programa en adelante) constituyó una iniciativa específica, organizada desde el sistema de Servicios Sociales en su nivel de atención especializada, destinada a favorecer y apoyar la rehabilitación e integración social de la población con enfermedades mentales crónicas. Depende de la Consejería de Servicios Sociales a través de su actual Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad y lleva desde 1988 trabajando en el desarrollo de recursos específicos de atención social y apoyo comunitario desde una eficaz coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental.

El Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica ha tenido como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias. Se trataba de apoyar los aspectos sociales de la rehabilitación y promover integración social de dichas personas y favorecer que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónoma y normalizada posible. Su función principal ha sido desarrollar un conjunto de servicios y acciones específicas que permitan atender las necesidades y problemáticas de atención social e integración, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario, complementando a los servicios sociales generales y, especialmente, servir de apoyo específico a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (dependientes del Servicio Madrileño de Salud).

La experiencia, organización y funcionamiento de este Programa quedó regulado mediante el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre, (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997) que establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes Centros de Servicios Sociales Especializados. Así a través del citado Decreto se viene a regular los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Programa.

El Programa orientó su actuación al logro de los siguientes *OBJETIVOS GENERALES*:

- Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que puedan desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible.
- Potenciar su integración social en su entorno comunitario.
- Evitar la marginación y/o institucionalización de aquellos que viven en la comunidad y posibilitar la reinserción de aquellos que aún se encuentran institucionalizados.
- Apoyar a las familias de las personas con enfermedad mental crónica, mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

Las características generales de los beneficiarios del programa han sido las siguientes:

- Residir en la Comunidad de Madrid.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica y estar siendo atendidos en alguno de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Presentar un deterioro significativo en su nivel de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración social.

Para acceder a alguno de los recursos del programa, debían de ser derivados desde el Servicio de Salud Mental responsable de su atención, tratamiento y rehabilitación, asegurando la continuidad de cuidados.

Ámbitos de Intervención y Tipología de Recursos

De acuerdo con la definición y filosofía de atención y a los objetivos antes indicados, el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica centraba su actuación en torno a los siguientes *ámbitos de intervención*:

- APOYO A LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (recuperación de la máxima autonomía personal y social), SOPORTE SOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL.
- APOYO, ASESORAMIENTO Y PSICOEDUCACIÓN A LAS FAMILIAS de los enfermos mentales crónicos.
- REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INSERCIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO.
- ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA.

A fin de atender los ámbitos de intervención propuestos, se había diseñado un abanico de recursos específicos a desarrollar en las diferentes Áreas y distritos de la Comunidad de Madrid.

Esta red de recursos estaba formada por:

Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)

Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)

Centros Residenciales: Alternativas residenciales comunitarias.

a) Mini-Residencias (MR).

b) Pisos supervisados (PS).

c) Pensiones concertadas supervisadas (PC).

Otros Recursos:

- Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI).

Esta red de recursos específicos ha tenido como única vía de entrada los Servicios de Salud Mental, a través de su Programa de Rehabilitación desde donde se establece la colaboración y coordinación correspondiente, así como con los Servicios Sociales Generales de las zonas en las que están ubicados. Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender la mayor parte de los enfermos mentales crónicos con problemáticas y necesidades de rehabilitación y soporte social.

Evolución y Situación Actual

Desde 1988 hasta el momento actual el Programa ha ido avanzando de un modo importante en la puesta en marcha de recursos aunque aún su desarrollo es insuficiente y desigual en relación con las necesidades existentes y a la planificación establecida.

Especialmente desde el año 1998 se ha producido un significativo incremento de recursos del Programa. La evolución y crecimiento del Programa producido en estos últimos años se expone en los siguientes cuadros.

El importante crecimiento de recursos producido desde 1998 se refleja en el incremento presupuestario del Programa.

RED PÚBLICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA
EVOLUCIÓN COMPARATIVA CRECIMIENTO DEL PROGRAMA 1995-1999-2003

Evolución 1995/1999/2003	1995	1999	2002/Mayo 2003	Incremento 1995/2002
Nº de Plazas	481 plazas	927 plazas	1.269 plazas Se incluyen los nuevos centros abiertos en Getafe y Alcobendas a final de 2002 e inicios de 2003	788 nuevas plazas
Nº de Usuarios atendidos	701 usuarios atendidos 1995	1.435 usuarios atendidos en 1999	1.618 usuarios atendidos en 2002	917 usuarios más atendidos en 2002 que en 1995
Coste total Programa	388.200.000 pts.	724.355.000 pts.	1.082.945.909 pts.	694.745.909 pts. de incremento en el 6.508.636 € en 2002 periodo 1995/2002. 178% de incremento presupuestario

El conjunto de recursos con los que cuenta el Programa se resume en el siguiente cuadro:

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA
CUADRO RESUMEN DE LOS RECURSOS EXISTENTES EN MAYO 2003

Nº TIPO DE RECURSO	Nº PLAZAS	TOTAL PLAZAS
9 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) • CRPS «Alcalá de Henares» • CRPS «La Elipa» • CRPS «Retiro» • CRPS «Los Cármenes» • CRPS «Martínez Campos» • CRPS «Getafe» • CRPS «Vázquez de Mella» • CRPS «Arganda» • CRPS «Alcobendas»	785 en total 90 90 85 90 90 90 90 90 80 80	CENTROS REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL 785
9 MINI-RESIDENCIAS (MR) • MR «Retiro» • MR «Carabanchel» • MR «Aravaca» • MR «Alcalá de Henares» • MR «Navalcarnero» • MR «Río Sil-Alpedrete» • MR «Ceteva-Cobeña» • MR «Getafe» • MR «Alcobendas»	180 plazas total 22 24 30 9 18 15 10 26 26	ALTERNATIVAS RESIDENCIALES
6 PISOS SUPERVISADOS (PS) • PS «Vallecas» • Pisos Sup. «Caja Madrid» (5 pisos) (1 Carabanchel, 1 Villaverde, 1 Latina, 1 Vallecas Villa y 1 Moratalaz).	23 plazas total 3 20 (4pl c/u)	214
3 PENSIONES CONCERTADAS (PC) • Pensión «La Estrella» • Pensión «La Purísima» • Pensión «Mariano»	11 plazas total 4 4 3	
4 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL) • CRL «Nueva Vida» • CRL «Vázquez de Mella» • CRL «Afap-Pedrezuela» • CRL «Getafe»	190 plazas en total 50 50 40 50	CENTROS REHABILITACIÓN LABORAL 190
PROYECTO DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (PRISEMI) • 1 Equipo de Rehabilitación y Apoyo en el Centro de Acogida San Isidro. • 4 pisos supervisados (18 plazas)	80 plazas en total 18 pl. en pisos	PRISEMI 80
		TOTAL PLAZAS RECURSOS Año 2003 (Mayo) 1.269 PLAZAS

En general se puede afirmar que la red de recursos de atención social del citado Programa se debe ampliar y completar su desarrollo pero que ha demostrado su relevancia y eficacia y también su eficiencia en cuanto a los costes.

En resumen, este Programa y la red de recursos de atención social ha tenido un desarrollo significativo y en especial ha tenido un incremento muy importante desde 1998 tanto en nuevos recursos y plazas como también en presupuesto. Pero el desarrollo de la red de centros de atención social a este colectivo, aún resulta insuficiente y desigual y por tanto es preciso continuar avanzando en la ampliación de recursos que permita disponer de una red suficiente y bien distribuida territorialmente de recursos de apoyo social para la población enferma mental crónica y sus familias. Especialmente necesaria es la dotación en alternativas residenciales y sobre todo en MiniResidencias, así como el aumento de los Centros con funciones de apoyo a la rehabilitación e integración y reforzar las funciones de soporte social mediante el desarrollo de Centros de Día que complementen a los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Asimismo es esencial continuar el desarrollo en todas las áreas de nuevos Centros de Rehabilitación Laboral, que han demostrado su eficacia y relevancia como recurso de apoyo para lograr la inserción laboral normalizada de muchos enfermos mentales crónicos. Asimismo es necesario promover acciones que faciliten la inserción laboral de esta población. Sin olvidar el apoyo a las familias y al movimiento asociativo de familiares.

Por todo ello, la Consejería de Servicios Sociales se planteó el objetivo de avanzar en la mejora de la atención social a este colectivo mediante la aprobación de un *nuevo Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*.

5.2. EL NUEVO PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007

5.2.1. Presentación

El *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007*, elaborado por la Consejería de Servicios Sociales respondiendo a un mandato de la Asamblea de Madrid, y aprobado el 8 de Mayo de 2003 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, supone una apuesta decidida de la Comunidad, por la mejora de la atención social y la integración de las personas con enfermedad mental crónica y el apoyo a sus familias, comprometiendo los esfuerzos financieros necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos previstos.

Va dirigido a las personas con trastornos mentales graves y crónicos (como esquizofrenia, otras psicosis, y otros trastornos mentales graves) que a consecuencia de los mismos presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social y laboral.

El Plan se ha elaborado a partir de la experiencia desde 1988 de un Programa de la Consejería de Servicios Sociales que ha ido desarrollando una red de recursos sociales de apoyo a esta población, y ha sido diseñado de forma coherente con las medidas de planificación sectorial establecidas en el *Plan Estratégico de Servicios Sociales 2001-2003* y con la reciente *Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid*.

Con el presente Plan se refuerza la implicación del sistema de Servicios Sociales en la atención a las necesidades sociales y el apoyo a la integración social de las personas con enfermedad mental grave y crónica y a sus familias, desde una lógica de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental, desarrollando la necesaria dimensión social de la atención comunitaria a la población con enfermedad men-

tal grave y crónica. La vía de derivación y acceso a la red de centros y recursos de este Plan es la red sanitaria de servicios de salud mental como responsables de la atención, rehabilitación y continuidad de cuidados de esta población.

Servirá como instrumento estratégico para avanzar de un modo importante en la ampliación de la red de recursos sociales y en el desarrollo de otras medidas complementarias que permitan mejorar la atención social a este colectivo y su integración comunitaria, así como potenciar el apoyo a sus familias y al movimiento asociativo. Asimismo se llevarán a cabo acciones específicas de sensibilización social y lucha contra el estigma y se promoverán medidas de formación e investigación social y de implantación del modelo de calidad en la red de centros.

5.2.2. Objetivos

Este *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, orienta su actuación para avanzar en la consecución de los siguientes *objetivos generales*:

- Mejorar la atención social a este colectivo y a sus familias para promover su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.
- Profundizar y consolidar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta con la red de Salud Mental para una atención integral a sus necesidades sociosanitarias.
- Potenciar la coordinación con la red de Servicios Sociales Generales o de Atención Social Primaria para favorecer la integración social de estas personas.
- Ampliar la colaboración de otras Consejerías (Consejería de Trabajo, etc.), Ayuntamientos y de la sociedad civil (entidades, Fundaciones, Obras Sociales de Entidades Financieras) en la integración social y laboral de este colectivo.
- Reforzar el Apoyo a las Familias y Potenciar la coordinación con el Movimiento Asociativo de Familiares de enfermos mentales estableciendo mecanismos de apoyo y financiación al mismo.
- Luchar contra el estigma social, estableciendo medidas que mejoren el conocimiento y la comprensión social de la problemática y necesidades de este colectivo y potencien su integración social normalizada.
- Impulsar la formación de los profesionales, así como la investigación social y los mecanismos que aseguren de la calidad de los servicios prestados.

5.3.3. Estrategias

El PLAN se estructura sobre tres estrategias o líneas de actuación fundamentales, cada una de ellas compuesta por un conjunto de programas dirigidos a diferentes objetivos y, a su vez, cada uno de ellos organizado en un conjunto de medidas que consituyen la operativización concreta del Plan.

PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007

ESTRATEGIAS	PROGRAMAS
I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL	I.1 Programa de Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial
	I.2 Programa de Apoyo Social e Integración Comunitaria
	I.3 Programa de Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción en el Empleo
	I.4 Programa de Atención Residencial y Alojamiento con apoyo
	I.5 Programa de Atención Social y Reinserción de Personas enfermas mentales en situación de marginación sin hogar o en grave riesgo de exclusión
II. APOYO A LAS FAMILIAS Y MOVIMIENTO ASOCIATIVO	II.1 Programa de Información, asesoramiento y apoyo a las familias
	II.2 Programa de Apoyo al Movimiento Asociativo de familiares y afectados
III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL	III.1 Programa de Coordinación, Planificación conjunta y Complementariedad con Salud Mental
	III.2 Programa de Coordinación y Complementariedad con la Red de Servicios de Atención Social Primaria (Servicios Sociales Generales)
	III.3 Programa de Colaboración Interinstitucional
	III.4 Programa de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma
	III.5 Programa de Voluntariado Social
	III.6 Programa de Formación, Investigación social y Calidad

I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL

Esta estrategia, a través de sus distintos Programas, se propone un sustancial incremento de la red de recursos de atención social a este colectivo y sus familias. *La situación actual es de 1.269 plazas y el objetivo a alcanzar en el 2007 es contar con una red de recursos sociales con un total de 4.377 plazas.*

A la red actual compuesta por Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, MiniResidencia, Pisos, etc. se incorporan dos nuevos tipos de recursos: Centros de Día de Apoyo Social y Equipos de Apoyo social comunitario para apoyar la atención domiciliaria y el mantenimiento en el entorno social. También se potenciará la atención a las personas enfermas mentales graves en situación de marginación sin hogar con la reestructuración y ampliación del actual Proyecto PRISEMI y la puesta en marcha un Centro de Acogida de baja exigencia.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DE NUEVOS CENTROS PLAN 2003-2007

CENTRO/RECURSO	Situación actual Mayo 2003	Nº nuevos Centros a desarrollar 2003-2007
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	9 CRPS con 785 plazas	13 nuevos CRPS con 965 pl
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	-	22 nuevos CD con 750 pl
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado	4 CRL con 190 plazas	11 nuevos CRL con 560 pl
MiniResidencias (MR)	9 MR con 180 plazas	570 nuevas plazas de MR
Pisos supervisados con 41 plazas	10 pisos	250 nuevas plazas de Pisos
Plazas supervisadas en Pensiones	11 Plazas en Pensiones	40 nuevas plazas en Pensiones
Proyecto PRISEMI (enfermos mentales sin hogar)	52 plazas del proyecto Prisemi	Ampliación y reestructuración Proyecto PRISEMI y desarrollo de Centro de Acogida de Baja Exigencia
TOTAL	1.269 plazas existentes en mayo de 2003	3.170 nuevas plazas a desarrollar en el PLAN 2003-2007 Total Plazas previstas en 2007 Red de Centros 4.377 plazas

II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Esta estrategia tiene como objetivos mejorar y potenciar el apoyo a las familias que cuidan y conviven con las personas con enfermedad mental grave y crónica, y profundizar en la coordinación con el movimiento de asociaciones de familiares de enfermos mentales agrupado en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) incrementando el apoyo económico al movimiento asociativo mediante las convocatorias anuales de subvenciones que les permitan consolidarse y avanzar en el desarrollo de programas y servicios de apoyo que complementen a la red pública de recursos.

III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

En esta tercera estrategia se agrupan distintos programas que tienen como elemento común la profundización y la extensión de los mecanismos de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social:

- Se profundizará en la coordinación, planificación conjunta y complementariedad con la red de servicios de Salud Mental a fin de asegurar una adecuada atención integral a las necesidades sanitarias y sociales de esta población y sus familias y la necesaria continuidad de cuidados.

- Se potenciarán los mecanismos de coordinación y apoyo mutuo con la red de atención social primaria articulada por los Servicios Sociales Generales de los distintos municipios.
- Se ampliarán los mecanismos de corresponsabilidad y colaboración interinstitucional con otras Consejerías, Ayuntamientos y Entidades para facilitar el desarrollo de la red de recursos y el apoyo a la integración sociolaboral de esta población.
- Se promoverán actuaciones que mejoren la sensibilización social y disminuyan el estigma que obstaculiza la integración social de esta población; así como potenciar la colaboración del voluntariado social en la normalización e integración.
- Se desarrollara un programa de formación y promoción de la investigación social en este campo así como la implantación de sistemas de calidad (modelo EFQM) en la red de Centros y Recursos del presente Plan.

RESUMEN DEL PRESUPUESTO DEL PLAN

- GASTO TOTAL PRESUPUESTADO EN 2003: 9.753.827 €
- GASTO TOTAL PREVISTO EN EL AÑO 2007: 44. 090.886 €
- INCREMENTO PRESUPUESTARIO 2003/2007: 34.337.139 €

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

Alcanzar lo objetivos de la Reforma psiquiátrica en relación a esta población pasa necesariamente por el reconocimiento explícito de sus necesidades psicosociales y sociales y por tanto por promover el desarrollo de una red amplia y suficiente de recursos de atención, rehabilitación y apoyo comunitaria que esté vertebrada por una clara orientación basada en la rehabilitación psicosocial, es decir, por un compromiso con la mejora del funcionamiento y la calidad de vida de esta población y por la articulación de oportunidades y apoyos para su mantenimiento e integración en la comunidad. El sistema sanitario de salud mental junto con el sistema de servicios sociales deben ser los pilares para que en nuestro país, en sus diferentes comunidades autónomas, se avance de un modo coordinando y complementario en la organización de una red integral de servicios de apoyo a esta población, en especial potenciando el desarrollo de los recursos de rehabilitación, atención residencial y apoyo comunitario.

Aunque el progresivo desarrollo de la atención comunitaria al enfermo mental crónico ha mejorado sustancialmente la situación de este colectivo, aún queda mucho camino por recorrer. El desarrollo amplio y suficiente de recursos comunitarios de rehabilitación psicosocial, y soporte comunitario es hoy una de las principales asignaturas pendientes y uno de los elementos centrales para mejorar la situación y la calidad de vida de la población psiquiátrica crónica.

A modo de conclusión final de este trabajo quisiéramos, muy brevemente, apelar a dos grandes valores o principios: justicia y eficiencia, para reiterar la pertinencia de promover y organizar un sistema integral, completo y suficiente, de servicios, recursos y programas que aseguren la adecuada atención, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias.

Por justicia: La población enferma mental crónica ha sufrido una larga historia de marginación y abandono, es hora ya de restañar esta deuda histórica y asegurar a las personas que sufran los problemas y consecuencias de una enfermedad mental grave, que no seguirán

estando abocados a la estigmatización, la marginalización o la muerte social, sino que serán tratados y considerados como los que he hecho son, ante todo y por encima de todo, personas y ciudadanos de pleno derecho, que necesitan atención a sus diferentes problemáticas y el apoyo y las oportunidades efectivas que les permitan su plena participación social. El derecho de los enfermos mentales graves y crónicos a una vida lo más autónoma e integrada que sea posible, exige y obliga, para su efectivo ejercicio, a contar con los recursos y servicios, tanto sociales como sanitarios, que son necesarios para asegurar la efectiva cobertura de sus diferentes necesidades y para promover su rehabilitación e integración social normalizada. Por eso, por justicia y solidaridad con una población, aún desgraciadamente demasiado olvidada y marginada, es fundamental y prioritario mejorar su atención desde los servicios de salud mental y muy especialmente desarrollar y completar la red de recursos comunitarios, sanitarios y sociales, que son imprescindibles para atender sus necesidades específicas de tratamiento, rehabilitación y soporte comunitario.

Por eficiencia: Pero además de ser más justo, es de hecho más eficiente. Es decir, contar con un adecuado sistema de servicios de apoyo comunitario no sólo es más justo, sino que asegura una mayor autonomía, calidad de vida y satisfacción de los enfermos mentales en la comunidad y una mayor permanencia en la misma, es de hecho por tanto, eficaz en términos de los objetivos planteados en el modelo de atención (mantenimiento, autonomía e integración social) (Véase Phips y Liberman, 1988/1993; Stein y Test, 1985; Shepherd, 1996). Más eficaz que la atención basada en el anterior modelo de institucionalización, y más eficaz que la situación actual de un modelo comunitario pero con un desarrollo fragmentado, desigual e insuficiente, especialmente, en lo relativo a recursos psicosociales y sociales de rehabilitación y reinserción, lo que lleva a un uso inadecuados y más frecuente de las camas hospitalarias, a una situación de mayor tensión y sobrecarga en las familias, a deterioros y discapacidades que se podrían evitar o aminorar, etc. Todo ello supone un gasto económico que se podría modular con una red completa y suficiente de recursos.

Así pues, por justicia y por eficiencia, es fundamental promover la organización de un sistema de atención comunitaria e integral a la población con enfermedades mentales graves y crónicas que cuente con una red completa de recursos, sanitarios y sociales, de atención, rehabilitación y apoyo social comunitario. El verdadero éxito o fracaso de la reforma psiquiátrica dependerá de ello, así como el que los enfermos mentales puedan llevar una vida digna e integrada como ciudadanos de pleno derecho.

7. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- AEN (2000): Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Cuadernos Técnicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AEN (2002 En prensa): Documento del Grupo de Trabajo sobre Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica. Cuadernos Técnicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. En prensa.
- Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps.) (1996): Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Edit. S.XXI.
- Anderson, C.; Reiss, P. y Hogarty, G. (1986/1989): Esquizofrenia y Familia: Guía Práctica de Psicoeducación. Buenos Aires. Edit. Amorrortu.
- Anthony, W.A. (1980): A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin*, 24, 6-21.
- Anthony, W.A. y Nemeck P. (1984): Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (ed.): *Schizophrenia: treatment and care*. N.Y. Grunne & Stratton.
- Anthony, W., Cohen M. y Cohen, B. (1984): Psychiatric Rehabilitation. En J.A. Talbot (ed.): *The Chronic Mental Patient: Five years later*. N.Y. Grunne & Stratton.

- Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986): The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4).
- Caplan, G. (1962/1966): Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- Anthony, W.; Cohen, M.; Farkas, M. (1990): Psychiatric Rehabilitation. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Aparicio, V (1993): La Reforma Psiquiátrica en 1985. En V. Aparicio (coord.): Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid. A.E.N.
- Ballús-Creus, C. y García, M. (2000): Hablemos claro: Cómo convivir con la esquizofrenia. Barcelona: Editorial Mondadori, Colección Salud y Bienestar.
- Birchwood, M. (Ed.) (1995): Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Madrid: Edit. Ariel.
- Cañamares, J.; Castejón, M.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A.; y Rodríguez A. (2001): Esquizofrenia. Madrid: Editorial Síntesis. Colección Psicología Clínica Guías de Intervención nº 5.
- Consejería de Integración Social (1988): Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Consejería de Integración Social. Madrid.
- Consejería de Integración Social (1991): Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Mapa de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1997): Memoria 1994/1996 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Integración Social (1994): Memoria 1988/1993 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales Especializados. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1995): Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Servicios Sociales (1999): Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Servicios Sociales (2003): Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Defensor del Pueblo (1991): Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España. Madrid. Oficina del Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos.
- Desviat, M. (1995): La Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ediciones DOR S.L.
- Dion, G.L. and Anthony, W.A. (1987): «Research in Psychiatric Rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies». *Rehabilitation Counseling Bulletin*. March.
- Falloon, I.R.; Boyd, J.L. and Mc Gill, C.W. (1984): Family Care of Schizophrenia. N.Y.: The Guilford Press.
- Gisbert, C. (coord.) (2003): Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Madrid: AEN, Colección Estudios nº 28. Ponencia Congreso AEN, Oviedo Junio 2003.
- García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds.) (1998): La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- González, J. y Rodríguez A. (Coord.) (2002): Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17.
- Godstein, M.J.: Family Intervention Programs. En A.S. Bellack (ed.) (1984): Schizophrenia: treatment, management and Rehabilitation. N.Y.: The Guilford Press.
- Goldstein, A.P.; Sprafkin, R.P. and Gershaw, N.I. (1976): Skill Training for Community Living: Applying Structured Learning Therapy. N.Y. Pergamon Press.
- Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A. and Tanbe, C.A. (1981): «Defining and counting the chronically mentally ill. En *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22.
- Hatfield, A.B. and Lefley, M.P. (1987): Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation. N.Y.: The Guilford Press.
- Lara, L. y López; M. (1998): La Provisión de Recursos de Apoyo Social en Andalucía. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds.) (1998): La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Liberman, R.P. (1988/1993): Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. Barcelona. Martínez Roca.

- López, M.; López, A. y Fernández, G. (1998): La Organización de Servicios para la Atención Comunitaria al Paciente Mental Crónico. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds.) (1998): La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Ministerio de Sanidad (1985): Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Montejo, J.; y Espino, A. (1998): Sobre los resultados de la Reforma Psiquiátrica y de la Salud Mental en España. En García, J.; Espino, A. y Lara, L. (Eds.) (1998): La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Pilling, S. (1991): Rehabilitation and Community Care. London: Routledge.
- Phipps, C. y Liberman, R.P. (1988/1993): Apoyo Comunitario. En R.P. Liberman (Ed.): *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rebolledo, S.; Lobato, M.^a J. (1994): Cómo afrontar la esquizofrenia: Guía para las familias. Madrid. Asociación Psiquiatría y Vida. Fundación ONCE.
- Rebolledo, S. (Comp.) (1997): Rehabilitación Psiquiátrica (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.
- Roder, D. y otros (1996): Terapia integrada de la esquizofrenia. Madrid: Edit. Ariel.
- Rodríguez Gonzalez, A. (1992): Alternativas Residenciales Comunitarias para Enfermos Mentales Crónicos». En *Intervención Psicosocial*, Vol. 1, Nº 2, 15-29.
- Rodríguez, A. (1993): Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico. Madrid. *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social* (Nov. 1991). Publicadas por el INSERSO –Ministerio de Asuntos Sociales–. Colección Servicios Sociales nº 9.
- Rodríguez, A. (Coord.) (1997): Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide.
- Rodríguez, A. (1994): «Sobre la Rehabilitación Psicosocial: Reflexiones y perspectivas». *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. Nº 10, Año I, p. 3-9.
- Rodríguez, A. (Coord.) (2001): Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 14.
- Talbot, J.A. (Ed.) (1984): The Chronic Mental Patient: Five Years Later. N.Y. Grunne and Stratton.
- Sarraceno, B. y Montero, F. (1993): La rehabilitación entre modelos y prácticas. En V. Aparicio (coord.): Evaluación de Servicios en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 313-321.
- Servicio Regional de Salud (1989): La Reforma Psiquiátrica en Madrid. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.
- Shephred, G. (1996): Avances recientes en Rehabilitación. En Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps.) (1996): *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Edit. S.XXI.
- Stein, L. y Test, M.A. (1985): *The training in Community Living Model: A decade of experience*. New Directions for Mental Health Services nº 26. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stroul, B. A. (1989): Community Support Systems for Persons with Long-term Mental Illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. Vol. 12. Nº 3.
- Test, M.A. (1989): Community Support Programs. En A.S. Bellack (ed.): Schizophrenia. N.Y. Grune & Statton.
- Watts, F.; Bennett, D. (1983/1992): Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica. Méjico. Edit. Limusa.
- Wing, J.K. (1992): Epidemiologically-based mental health needs assessments. Londres: Royal College of Psychiatrists Research Unit. (Citado en Shepherd (1996): Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En J. Aldaz y C. Vázquez (comps.): Opus cit.

CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL

Teo Sobrino

Directora del Centro de Rehabilitación laboral "Vazquez de mella". Madrid

1. INTRODUCCIÓN

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos.

Diversos estudios realizados en Estados Unidos ilustran esta situación con claridad: la tasa de desempleo global entre la población psiquiátrica crónica alcanza cotas en torno al 70%. De entre los pacientes desinstitucionalizados, sólo entre un 20 y un 30% trabajan en el año siguiente al de la salida del hospital, reduciéndose dicho porcentaje al 10-15% para los que mantienen su empleo entre uno y cinco años después de dicha salida (Anthony, Howell y Danley, 1984).

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral. Será de estos procesos específicos de los que se hable en esta conferencia.

2. DIFICULTADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL

En la situación de desempleo influyen muchos factores (Galilea y Colis, 1995) que podríamos dividir en tres grupos:

- Las dificultades derivadas de la situación del mercado de trabajo.
- Las derivadas del prejuicio social.
- Las derivadas de la propia enfermedad.

2.1. DIFICULTADES DERIVADAS DE LA SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL:

La lógica del mercado laboral conforma una barrera a veces infranqueable para la inserción laboral del enfermo mental crónico, a pesar de cambios recientes que pueden facilitar el proceso.

Si bien es cierto que en países como el nuestro los indicadores reflejan un aumento del empleo, en muchos casos en realidad lo que ha aumentado es el subempleo y la precarización laboral.

Vivimos un proceso de transformación social, común en toda la Unión Europea, desde la sociedad industrial a la sociedad de la información. Los expertos han calculado que tres de cada cuatro puestos de la industria pueden ser sustituidos por sistemas automatizados. En cambio el sector servicios crecerá. Por otra parte, se han puesto muchas esperanzas en los nuevos empleos del sector de las nuevas tecnologías e internet, pero lo cierto es que en Europa en el sector de las tecnologías de la información la población ocupada representa apenas un 2% de la total.

En un contexto de incertidumbre sobre la realidad laboral, si se dispone ya de algunas evidencias:

- Se han producido cambios en la economía, el más importante relacionado con la tendencia hacia la internacionalización y la globalización de los procesos económicos.

Una consecuencia es el incremento de la competitividad y la variabilidad de la demanda y un cambio en la estructura de los sectores económicos, con un fuerte crecimiento del sector servicios.

- La innovación tecnológica ha supuesto una sustitución de la actividad laboral humana, una disminución del trabajo físico y una reducción de los niveles jerárquicos con mayor énfasis en la responsabilidad (menor supervisión directa y menor apoyo de los directivos).
- También se ha producido un cambio en el perfil de la población activa, con un aumento de la edad media de los trabajadores, un incremento de la tasa de incorporación de la mujer y un mayor nivel de cualificación.

Los problemas que el mercado de trabajo español viene arrastrando no afectan igual a todos los colectivos. Los jóvenes tienen mayores tasas de paro y, entre los que tienen empleo, mayor temporalidad. La tasa de paro de menores de 25 años se sitúa en España en casi el doble que el promedio europeo, siendo superior también la proporción de los que se encuentran más de un año en esta situación. También es mayor el peso de la temporalidad. En el conjunto de la Unión Europea el 34% de los jóvenes varones y el 31% de las mujeres tienen un empleo temporal. En España, en el primer trimestre de 1997, era el 74%. Entre los jóvenes ocupados españoles, el 57% ha estado desempleado al menos dos veces en los últimos 5 años (en Europa, el 42%).

- Surgen nuevos fenómenos de paro estructural de larga duración que afecta a colectivos excluidos o en riesgo de exclusión: mujeres solas, trabajadores de mayor edad, jóvenes con fracaso escolar, inmigrantes sin cualificación profesional...

Esta situación se agrava en el caso de las personas con discapacidad. Según el Informe del IMSERSO de 1.998, el 26,3% de la población general está parada frente a un 62,6% de las personas con discapacidad.

Con respecto a la población con enfermedad mental crónica no existen datos actuales, este último informe ni la menciona. La Encuesta de Población Activa y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1987, ofrece la siguiente información:

SITUACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Y DE LA POBLACIÓN GENERAL, 1986

Personas de entre 16 y 64 años	Todas las personas con discapacidad	Personas con retraso mental	Personas con enfermedad mental	Población general
Total (miles)	2.626	129	123	24.020
Activos (miles)	758	18	32	14.070
Tasa de actividad	28,6%	14,3%	26,0%	58,6%
Con empleo (miles)	553	9	17	11.111
Tasa de ocupación	73,0%	48,5%	54,4%	79,0%
Tasa de paro	27,0%	51,5%	45,6%	21,0%
Tasa de empleo	21,1%	6,9%	14,1%	46,3%

En lo que se refiere a nuestra población, el cuadro anterior muestra cifras de aquellos que tienen reconocida la condición de minusvalía que no son ni mucho menos la totalidad de los enfermos mentales. Sirva como ejemplo que tan sólo entre un 40 y un 50% de los usuarios de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid posee el certificado.

Datos más actuales de las personas entre 16 y 60 años con discapacidad y reconocimiento de minusvalía de al menos un 33% por enfermedad mental grave los ofrece el "Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007": 5.379 personas, de las que más de 4.673 lo son por un diagnóstico de esquizofrenia. Este número supone un 5,45 del total de personas con discapacidad incluidas en ese tramo de edad y un 0,16% del total de la población de la Comunidad de Madrid. No sabemos cuántas de estas personas están incorporadas al mercado laboral y cuántas podrían hacerlo con los debidos apoyos.

También sigue siendo dudosa la utilidad que este certificado tiene para la integración laboral. En general, el empresario manifiesta un concepto estereotipado del minusválido al que considera poco rentable. Si a este estereotipo se suma una disminución de su capacidad por «esquizofrenia», la respuesta es, en muchos casos, de auténtico terror y rechazo absoluto.

Además, el empresario ignora y, si lo conoce, incumple la obligación legal de contratación del 2% de minusválidos en plantillas de más de 50 trabajadores. Cuando cumple, suele hacerlo con personas con minusvalía sobrevenida que ya eran trabajadores de la empresa o, en su defecto, con minusválidos físicos. En otros países se penaliza este incumplimiento, pero no en el nuestro.

El «Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores», introduce a este respecto importantes novedades: por una parte la exención de esta obligación sólo cuando los servicios de empleo público no puedan atender la oferta de empleo, no haya demandantes de empleo discapacitados o éstos acrediten no estar interesados en el puesto, circunstancias que tendrán que ser certificadas por el INE.

Por otra parte, se regulan las medidas alternativas a la obligación de reserva, que pueden ser de dos tipos: realización de un contrato mercantil o civil con un CEE o con un trabajador autónomo discapacitado, para el suministro de materias, bienes o servicios o bien la realización de donaciones o patrocinio de carácter monetario para el desarrollo de actividades de inserción laboral y creación de empleo.

2.2. EL PREJUICIO SOCIAL ANTE EL ENFERMO MENTAL

La sociedad mantiene en la actualidad una visión medieval del loco o enajenado de la que se han hecho eco los principales medios de comunicación. Los personajes de ficción literaria y cinematográfica responden a un estereotipo de persona con comportamientos imprevisibles e instintos asesinos que el público identifica con el esquizofrénico. Películas como Psicosis, El Silencio de los Corderos o La mano que mece la cuna y novelas como American Psycho son los principales referentes de la locura para el público en general.

La relación entre enfermedad mental y conductas antisociales es exagerada por los medios de comunicación, a pesar de que no se ha conseguido demostrar una relación causal entre enfermedad mental y violencia. No se ha presentado en ninguna serie de televisión de máxima audiencia a un enfermo mental trabajando con otras personas con un comportamiento normal, sino que cuando aparece es el generador de todos los conflictos del grupo.

Los empresarios, como parte de esta sociedad, también tienen una imagen negativa de este colectivo, y sus miembros son considerados incapaces o demasiado problemáticos para ejercer como trabajadores productivos en el mercado laboral ordinario.

2.3. DIFICULTADES DERIVADAS DE LA PROPIA ENFERMEDAD:

- Sintomatología positiva persistente así como sintomatología negativa y efectos secundarios de la medicación.
- Escasa formación académica y profesional debido a que la enfermedad surge en la adolescencia o inicio de la edad adulta que es cuando la persona se está formando. También se da el caso de personas con formación que no les sirve para afrontar un empleo propio de la profesión. Ejemplo de esto último se da con usuarios con estudios superiores que tienen que bajar las expectativas por no ser capaces de afrontar la responsabilidad y el estrés de empleos altamente cualificados (médico, abogado, biólogo, etc.).
- Escaso interés laboral.
- Ausencia de experiencia laboral previa: Muchos jóvenes crónicos no han conseguido llegar a trabajar. Esto provoca un sentimiento de ineficacia, miedo y una carencia de habilidades para afrontar un mundo tan complicado.
- Experiencia laboral previa vivida como frustrante: Entre los que han trabajado son muchos los que han fracasado por no saber adaptarse a las exigencias del puesto, por problemas de relación con los compañeros o jefes. En algunas ocasiones han finalizado el contrato, pero hacen atribución de mal rendimiento. Ambas cosas generan miedo a un nuevo fracaso, baja autoestima y actitudes negativas frente al trabajo.
- Déficit de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.
- El papel de la familia: La familia puede ser un gran apoyo para la rehabilitación laboral, pero puede estar obstaculizándola por diferentes motivos:
 - Su propio desconocimiento del mundo laboral.
 - Su experiencia negativa respecto a trabajos anteriores.
 - Desconfianza en cuanto a los intereses y las aptitudes de su familiar.
 - Rigidez en las expectativas laborales de su familiar y rechazo a ciertos trabajos por considerarlos "inferiores": barrendero, basurero, limpiador, etc.
 - "Sobrevaloración" de los inconvenientes de trabajar e "infravaloración" de sus ventajas, etc.
 - Miedo a las posibles recaídas
 - Miedo al cambio de vida familiar que supone el rol de trabajador: amigos, dinero para gastar, horarios, etc.
- Desconocimiento del mundo laboral.
- Dificultades para disponer y utilizar todas aquellas habilidades y conocimientos necesarios para elegir, conseguir y mantener un empleo.

Todas estas dificultades y otras que veremos más adelante conforman un panorama en principio bastante desalentador. Pero, la integración laboral es posible, son muchos los enfermos mentales que pueden trabajar y que, de hecho, lo hacen con los debidos apoyos.

Quizás una de las dificultades más inmediatas para el profesional que se enfrenta ante la duda de si tiene que iniciar un proceso de rehabilitación laboral o no, es decidir qué usuario es susceptible de integración laboral y cuál no.

La literatura especializada señala una serie de predictores de éxito o fracaso en la integración laboral de personas con enfermedad mental crónica (Orviz y González, 1994) que abarcan tanto variables sociodemográficas como clínicas de los sujetos estudiados. En resumen, los diferentes autores coinciden en que *no* predice un posible éxito o fracaso laboral:

- El diagnóstico psiquiátrico.
- La historia psiquiátrica.
- Los resultados en tests de inteligencia, aptitudes y personalidad.
- El funcionamiento en ambientes no laborales.
- La sintomatología presente.

Los factores que *sí* predicen y correlacionan con un desempeño adecuado en el mundo laboral son:

- Poseer una adecuadas habilidades de ajuste laboral.
- La historia laboral previa.
- Poseer unas expectativas e intereses ajustados al mercado laboral.
- Los resultados en pruebas que miden auto-imagen y autoconcepto como trabajador.
- Haber participado con éxito en programas de entrenamiento en búsqueda de empleo.
- El apoyo profesional.
- La motivación para trabajar.

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos que la comunidad pone a disposición de las personas desempleadas, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral. Será de estos procesos de los que se hable a continuación.

3. REHABILITACIÓN LABORAL: DEFINICIÓN, FILOSOFÍA Y OBJETIVOS

Teniendo en cuenta que la disponibilidad de un trabajo así como la obtención de unos beneficios económicos son dos de los indicadores que más altamente correlacionan con los niveles de satisfacción tanto subjetiva como objetiva del enfermo mental (Lehman, 1982), resulta evidente que conseguir esos objetivos se convierte en algo prioritario de los programas de rehabilitación y reinserción.

La necesidad de utilizar un paso previo a la inserción en el mercado laboral mediante la rehabilitación específica, lo justifica el hecho de que, en la mayoría de los casos, al igual que ocurre con otras necesidades que tiene esta población, la simple disposición de recursos no asegura un adecuado aprovechamiento de éstos por los pacientes.

Así pues, se hace necesaria la *rehabilitación laboral*, que se define como un *proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedad mental crónica para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral* (Ciardiello y Bell, 1988). *Supone facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y conocimientos necesarios para posibilitar la integración laboral de dichas personas.*

La rehabilitación laboral, al igual que la rehabilitación psicosocial, sostiene que el individuo con problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento, tender a la normalización y aumentar su grado de autonomía e independencia.

La rehabilitación laboral se plantea para conseguir la integración sociolaboral plena de los pacientes y se entiende como un proceso, con una estructura y unas fases que deben ser flexibles para ajustarse a las características de cada persona.

4. LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL): DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS:

Los CRL son centros para enfermos mentales integrados dentro de la red de recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica, dependientes del Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Estos Centros, al igual que todos los que conforman la red, están regulados por el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 (B.O.C.M. del 9 de Octubre del 97) y se conciben como «un recurso social específico cuya misión fundamental es favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral, bien en fórmulas de empleo protegido, bien en la empresa ordinaria o sistemas de autoempleo».

Atienden en torno a 50 personas con el siguiente perfil general:

- Tener una enfermedad mental crónica.
- Tener una edad entre 18 y 50 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel mínimo de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

Para acceder a los CRL los usuarios han de ser derivados desde los Servicios de Salud Mental de referencia que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento. Los Servicios de Salud Mental a través de sus programas de rehabilitación y continuidad de cuidados y en función de la problemática de funcionamiento e integración laboral proponen la derivación de los usuarios al CRL a través de los mecanismos de coordinación establecidos. Los CRL y los Servicios de Salud Mental junto con los CRPS trabajan en estrecha coordinación a fin de ofrecer una adecuada continuidad de cuidados y favorecer el proceso de rehabilitación laboral e integración en el empleo de los usuarios atendidos.

Estos centros cuentan con una plantilla tipo formada por un director, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnico de apoyo a la inserción laboral, 2/3 maestros de taller y 1 auxiliar administrativo.

Funcionan en régimen de atención diurna en jornada partida de mañana y tarde. Los usuarios asistirán al CRL en función de sus objetivos y necesidades de acuerdo a su plan individualizado de rehabilitación laboral. Asimismo la duración de la estancia es variable y ajustada a las necesidades de cada caso. La atención es gratuita.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

Una vez seleccionados los sujetos que van a participar en los programas de rehabilitación laboral se deben evaluar todos los aspectos relacionados con el ámbito laboral para

posteriormente realizar las intervenciones necesarias que aumenten la probabilidad de éxito en los intentos de integración laboral y por último, realizar un seguimiento y apoyo de los sujetos para asegurar el mantenimiento en el puesto de trabajo. Estas tres fases de evaluación, intervención y seguimiento no se realizan necesariamente de forma consecutiva y rígida sino que se entienden como diferentes momentos en el proceso global de atención. Se exponen a continuación cada una de estas fases:

5.1. FASE DE EVALUACIÓN

La evaluación es la fase inicial del proceso de rehabilitación laboral y un elemento clave que se articula en un continuo a lo largo de todas las fases, sirviendo como guía para ir reajustando las estrategias de intervención y apoyo.

El procedimiento más fiable para saber por dónde debe caminar el proceso de rehabilitación laboral y la futura inserción en un medio productivo, es realizar la evaluación en el propio lugar donde se vaya a desempeñar el puesto de trabajo, ya que cada puesto tiene demandas y apoyos diferentes y una persona puede no tener capacidades para un puesto determinado pero sí para otro. Cuando esto no es posible, se realiza en un contexto similar. Este aspecto se verá más adelante.

La evaluación se articula en torno a cuatro grandes áreas: historia formativa y laboral, orientación vocacional, habilidades de ajuste laboral y habilidades de búsqueda de empleo.

Vamos a ver cada una de estas áreas con detalle:

A) *Historia formativa y laboral*

Se trata de conocer tanto la formación reglada como la no reglada. En la primera, los datos que van a ser más útiles para poder esbozar el plan de rehabilitación son la titulación o titulaciones que posee, los motivos por los que eligió esa formación, en caso de haber finalizado los estudios si lo hizo una vez que la enfermedad había cursado, si abandonó, cuáles fueron las causas, si tiene interés en retomar los estudios y por fin si le gustaría desempeñar un trabajo relacionado con su profesión.

En cuanto a la formación no reglada, en el campo de la rehabilitación laboral es habitual encontrarse con usuarios que han realizado, o al menos iniciado, cursos de formación ofertados por distintos organismos a los que han accedido por indicación de diferentes profesionales de la salud mental o de los servicios sociales, por consejo familiar o por seguir la "moda" de lo que hace la mayoría de la población.

Estos cursos, además, no suelen responder a un itinerario formativo y laboral, sino que se encuadran en áreas laborales tan dispares como la albañilería, la hostelería, la informática o la jardinería, dando como resultado currículum saturados de cursos de formación, escasos conocimientos adquiridos y una desorientación aún mayor que la que tenían antes de iniciar la formación.

Es importante conocer, mediante la información aportada por el usuario y la familia, las razones que le llevaron a la elección de los cursos, si en ellos adquirió conocimientos que puedan ser de aplicación a un trabajo y, como un aspecto de especial relevancia, la constancia (puntualidad, asistencia, realización de las tareas, finalización, etc.), las habilidades sociales (relación con compañeros y profesor) y, por último, la actitud ante futuros cursos de formación.

Con respecto a la historia laboral, hay que analizar con el usuario pormenorizadamente cada uno de sus empleos, cómo lo consiguió, cuáles eran sus funciones, qué tipo de contrato tenía, cuál era el salario y la jornada, en qué tareas tenía dificultades, el nivel de satisfacción con el trabajo y las relaciones sociales, las exigencias laborales que supusieron problemas y el motivo de finalización en ese empleo.

El ser exhaustivos en la recopilación de esta información va a permitir tener una visión inicial de las habilidades y hábitos adecuados que es preciso potenciar y en los que apoyarse para la eliminación o modificación de los inadecuados. No olvidemos que la experiencia laboral previa es uno de los principales predictores de éxito laboral.

B) *Evaluación en orientación vocacional*

El objetivo en este área es conocer cuáles son los intereses vocacionales del sujeto, sus expectativas laborales, así como su relación con el mundo laboral y su disposición y motivación para el trabajo.

No será en esta fase donde se valore para qué sirve o cuál es su trabajo ideal. Se pretende averiguar qué sabe el usuario de lo que rodea al mundo laboral y en qué medida le ha influido.

Al igual que la mayoría de las personas adultas que buscan un empleo, el mayor interés del enfermo mental crónico para conseguir un trabajo es que le reporte independencia económica y mayor consideración social. Por ello, en ocasiones sus intereses vocacionales pueden estar por encima de sus posibilidades reales lo cual puede constituir un obstáculo para el entrenamiento en hábitos laborales y la posterior búsqueda de un empleo y el mantenimiento del mismo.

Un aspecto de especial relevancia en este punto es el grado de motivación laboral real existente. Este aspecto es el más difícil de evaluar y sobre el que más a largo plazo hay que intervenir, ya que tras una escasa motivación pueden subyacer temores al fracaso y bajo una aparente motivación puede no existir más que una expresión verbal de intenciones, reflejo de lo que desea la familia o el profesional de referencia o de los valores de la sociedad actual.

A pesar de la dificultad en la evaluación, hay elementos que dan pistas entre los que destacan los siguientes:

- Si expresa deseos de trabajar y sabe valorar las ventajas e inconvenientes del trabajo. Nos indica la motivación expresada y su visión del mundo laboral.
- Si realiza acercamientos formativos adecuados. Indica su ajuste vocacional y su afán por superarse.
- Si toma iniciativas en la búsqueda de empleo. El tipo de acercamientos, el número, la eficacia de dichas iniciativas. Dónde solicita empleo, cómo lo hace, si sigue un método organizado y es constante (renueva la demanda de empleo, en qué trabajos está inscrito). Nos indica su ajuste vocacional y su manejo en técnicas de búsqueda de empleo.
- Si recibe ayudas económicas o pensiones. Contar con recursos económicos que cubran o solucionen las necesidades mínimas resta impulso y motivación para acceder a un empleo.
- La situación económica familiar y la previsión económica de futuro que ha hecho la familia. Si la familia no cree necesario que su familiar pase por los riesgos y los sacri-

ficios de buscar y mantener un empleo, tenderá a solicitar un recurso de carácter ocupacional. Otras veces, con ingresos económicos mínimos, la familia ha elaborado todo un plan de futuro para que el usuario pueda vivir cuando ellos falten (herencias, alquileres de pisos, etc.).

- El apoyo familiar: Las iniciativas de la familia respecto a la rehabilitación del usuario. Cuántos miembros de la familia trabajan y la percepción que tienen del mundo laboral.
- La red social (relaciones, frecuencia de éstas, tipo de amigos, si conocen la enfermedad, si apoyan, si están parados o activos).
- Las atribuciones sobre despidos, abandonos o problemas habidos en el trabajo, las habilidades laborales expresadas y las habilidades laborales percibidas por quien realiza la evaluación así como las limitaciones expresadas y percibidas.

Para realizar la evaluación de la orientación vocacional, nos podemos servir de las siguientes técnicas e instrumentos: entrevistas semiestructuradas, Test CIPSA (permite al usuario valorar desde el plano personal, social y económico más de 160 profesiones en todos los campos), Test IPP (listado de más 200 profesiones, sobre las que el usuario expresa su opinión. El resultado permite clasificar sus intereses vocacionales por áreas de trabajo: administrativa, creativa, manual, técnica, científica, comercial, etc.), observación directa en el marco de trabajo simulado (talleres) y role-playing.

C) *Habilidades de búsqueda de empleo*

Las dificultades más comunes que presentan las personas con enfermedad mental crónica a la hora de encontrar un empleo son las siguientes:

- Desconoce las fuentes de información sobre empleo: No sabe a dónde dirigirse para buscar empleo. No sabe manejar prensa laboral, no identifica ofertas, no se dirige a organismos ni instituciones.
- Mantiene poca constancia en la búsqueda de trabajo: Busca empleo a impulsos, sin organización y de forma irregular aunque manifieste lo contrario. Se desanima pronto si no tiene éxito inmediato.
- No sabe elaborar un currículum vitae: No discrimina lo importante de lo accesorio, no documenta su formación ni su experiencia, no ordena los datos de forma relevante, no sabe ocultar lagunas laborales.
- Tiene dificultades para rellenar solicitudes o formularios: Salta casillas, no comprende términos específicos, olvida datos, fechas, etc.
- No sabe manejarse en una entrevista laboral: Tiene dificultades en aspectos no verbales y paraverbales (contacto visual, postura, volumen y claridad de la voz), en la imagen y el aseo personal y, lo más significativo, tiende a despreciar su experiencia laboral y personal; en algunos casos se mantiene en la idea de aclarar cuál es su problema de salud, la medicación que recibe, incluso aunque no se lo pregunten. Desconoce, en definitiva, que la consecución de un empleo comienza en el momento mismo de la entrevista laboral.

Tomando como referencia este esquema, la evaluación en técnicas de búsqueda de empleo debe proporcionar información sobre los siguientes aspectos:

- *Identificación y selección de ofertas de empleo:* Jones y Azrin (1973) llevaron a cabo una encuesta sobre cómo se llenaban las vacantes de trabajo. Más de la mitad de los

empleos que se ocupan ni se anuncian ni se dan a conocer; dos tercios de los trabajos se ocupan a través de una red informal. Esto supone una dificultad para muchos pacientes con trastornos psiquiátricos que carecen de esa red informal.

Debemos conocer dónde solicita empleo, si toma la iniciativa de esos acercamientos laborales o lo hace por la presión familiar o profesional, con qué frecuencia lo hace, qué sistema usa. Hay que comprobar si sabe seleccionar las ofertas que más se ajustan a su situación y si sabe discriminar las que son engañosas.

- *Elaboración de un currículum vitae:* se ofrece al usuario una breve descripción de cómo elaborar un CV y se le pide que lo haga. El profesional debe contar con información previa sobre su trayectoria formativa y laboral, para poder cotejarla. Los usuarios tienden a olvidar fechas, incluso estudios relevantes, suelen pensar que el tiempo trabajado ha sido escaso y no lo consignan por no considerarlo relevante. Tampoco suelen contar con documentación que avale esta experiencia por haber perdido los certificados o no haberlos tenido nunca.
 - *Cumplimentación de instancias, solicitudes e impresos:* Se ofrecen al usuario diferentes modelos de impresos y cuestionarios, observando las dificultades y habilidades que posee. También se le pueden mandar tareas para casa. Algunos usuarios pueden tener dificultades con la gramática y la ortografía, lo cual dificultará la realización de esta tarea.
 - *Uso del teléfono para concertar entrevistas laborales:* El evaluador, junto con el usuario, eligen una oferta laboral a la cual debe telefonar el sujeto, a fin de obtener información y, si es posible, una entrevista de trabajo. En un primer momento de la evaluación, el evaluador explica al usuario la realización adecuada de esta tarea y después, mediante el ensayo conductual se lleva a cabo una conversación telefónica. Si el usuario ejecuta bien la tarea se puede dar un paso más, realizando realmente la llamada y pidiendo información sobre el puesto.
- Las dificultades más habituales en esta área son: olvidar saludar, tono de voz inadecuado, olvida pedir información sobre cuestiones importantes del puesto, se interesa sólo por el salario o por la lejanía, no solicita aclaraciones, no entiende lo que le dicen por estar más pendiente de la siguiente pregunta que tiene que realizar que de las respuestas del interlocutor y, en definitiva, se autoexcluye ante cualquier contrariedad y se olvida de solicitar la entrevista.
- *Manejo de la entrevista laboral:* Sears y cols. (1971) encontraron que una conducta inadecuada como puede ser dar la impresión de que carecen de vitalidad física, dificultad en hacerse comprender o no parecer capaces de asumir responsabilidades, impide obtener un empleo.

Para evaluar este aspecto, se puede proceder de la siguiente manera: usuario y profesional establecen una oferta idónea y, usando el role-playing, se evalúan saludo, tono y volumen de voz, aseo y cuidado personal, contacto visual, postura corporal, comentarios sobre la experiencia laboral pasada o sobre su falta de experiencia, sobre su persona, sobre el puesto, solicitud de aclaraciones, formulación de preguntas que denoten interés, respuestas a preguntas relativas a su salud, a lagunas en su CV, etc.

D) *Habilidades de ajuste laboral*

Podemos definir el ajuste laboral como aquel conjunto de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en un puesto de trabajo en las mejores condiciones posibles.

Según Liberman (1993) la evaluación de todas estas habilidades debería realizarse en el propio lugar de trabajo o, en su defecto, en un ambiente estructurado lo más parecido posible a éste. Watts (1990) señala la conveniencia de utilizar un ambiente de trabajo simulado, "el taller rehabilitador", que debe funcionar de la manera más parecida a una pequeña fábrica.

Además de la observación directa, la evaluación puede servirse de informes de superiores o supervisores laborales, autoinformes o una combinación de todos ellos. Lo importante es realizar esta evaluación de la forma más pormenorizada posible. Los aspectos que recoge la evaluación se muestran a continuación:

Habilidades de ajuste laboral

1. *Hábitos Básicos de Trabajo:*

- Asistencia.
- Puntualidad.
- Hábitos de higiene.
- Manejo de equipo y herramientas.
- Cuidado del material.
- Continuidad en la tarea.
- Resistencia a la fatiga.
- Resistencia a la monotonía.
- Reacción a los cambios de trabajo.
- Cumplimiento del horario laboral.
- Higiene y seguridad en el trabajo.
- Utilización de ropa de trabajo.

2. *Habilidades sociales en ambiente laboral:*

- Interacción con compañeros.
- Capacidad para iniciar y mantener conversaciones.
- Capacidad para ofrecer o solicitar ayuda.
- Capacidad para expresar críticas o valoraciones.
- Administración del tiempo de ocio.
- Independencia de la supervisión/ autonomía en el trabajo.
- Capacidad de dirigir el trabajo de los compañeros.
- Capacidad para tolerar críticas.
- Aceptación de la autoridad.

3. *Habilidades centradas en la tarea:*

- Velocidad de producción.

- Calidad de producción.
- Habilidades para cambiar de tarea.
- Iniciativa y creatividad.
- Habilidades para trabajar en equipo.
- Capacidad de adaptación a diferentes tareas.

4. *Habilidades Cognitivas:*

- Atención y concentración.
- Comprensión y seguimiento de instrucciones.
- Memoria para las instrucciones.
- HH de resolución de problemas.
- Capacidad de aprendizaje.

5.2. FASE DE PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La fase de evaluación inicial debe concluir con la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación e inserción laboral. Pero esta evaluación no es la única a realizar ya que el repertorio de habilidades irá variando desde el momento de iniciar el entrenamiento hasta su finalización. Por tanto, se deben efectuar, de forma periódica y sistemática, valoraciones que permitan conocer la evolución del usuario y plantear nuevas metas y estrategias.

Este plan es individualizado porque señala las dificultades que hay que superar, las conductas-problema que hay que extinguir y las habilidades y hábitos que hay que potenciar. Es importante describir las dificultades en términos conductuales, especificando su frecuencia e intensidad y los mínimos a conseguir para considerar que se ha alcanzado la meta. También se debe planear cómo se van a reforzar las habilidades con las que cuenta el sujeto de tal forma que sirvan para paliar las conductas inadecuadas.

En él se especifican los objetivos generales y específicos por cada una de las áreas, delimitando metas a corto, medio y largo plazo y plazos para conseguir esas metas. Se priorizan las habilidades a adquirir y se señalan los entrenamientos que se van a realizar y las técnicas que se van a utilizar, así como el lugar donde se va a llevar a cabo, los profesionales implicados y el carácter individual o grupal de los entrenamientos.

5.3. FASE DE INTERVENCIÓN

La intervención óptima en rehabilitación laboral sería aquella en que el puesto de trabajo concreto está disponible. Cuando esto no es posible, las siguientes áreas de intervención son especialmente relevantes en los procesos de rehabilitación e inserción laboral:

- Orientación Vocacional.
- Entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la formación profesional.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.

Todos estos ámbitos de intervención no deben considerarse como paquetes estandarizados que se aplican a todos los sujetos, más bien al contrario, deben responder a las necesidades individuales de cada persona, a sus motivaciones y a sus intereses. Tampoco se trata de programas que se apliquen consecutivamente, se mencionan en este orden en un intento de organización de los contenidos de esta conferencia. La secuencia de los entrenamientos y la cantidad de los mismos, debe marcarla el profesional de acuerdo con el usuario.

Estos ámbitos se ven detalladamente a continuación:

1. Orientación vocacional:

La orientación vocacional es un proceso que tiene como objetivo despertar intereses vocacionales, ajustar esos intereses a la competencia laboral del sujeto y a las necesidades del mercado de trabajo. El primer paso de la rehabilitación vocacional es la elección de un interés realista que permita al sujeto alcanzar su meta laboral (Anthony y cols., 1.984).

Los enfermos mentales que inician un proceso de rehabilitación laboral pueden presentar los siguientes problemas:

- No identifica sus intereses: o bien carece de intereses vocacionales por ausencia de experiencia laboral o por desconocimiento de sus habilidades laborales, o bien tiene un único interés vocacional por su experiencia laboral, por criterios erróneos acerca de sí mismo o de la naturaleza del trabajo elegido. Sus intereses pueden ser desajustados, excediendo a sus posibilidades por desconocimiento de los requerimientos del trabajo o de sus propias limitaciones o desajustados situándose por debajo de sus posibilidades debido a su baja autoestima, a miedo al fracaso, a una historia laboral frustrante o a inseguridad en sus habilidades.
- No sabe relacionar intereses con ocupación, ni ésta con las habilidades: los intereses que posee que podrían ser de aplicación al ámbito laboral están poco arraigados y no los relaciona con un posible trabajo. Tampoco identifica como posibles trabajos aquellas actividades o tareas en las que muestra una especial habilidad y capacidad.
- Presenta una gran rigidez en sus expectativas laborales: muestra interés por un tipo de empleo y sólo uno, desechando otros parecidos sin pensar en posibles alternativas, por ejemplo auxiliar de clínica y no auxiliar de ayuda a domicilio, reponedor de estanterías y no peón de almacén. Este interés suele ser desajustado y basado en falsas creencias sobre el trabajo (con buen estatus, exageradamente remunerado, fácil, realizado por algún conocido, o elegido por indicación familiar).
- Le falta planificación profesional para conseguir sus objetivos: no calcula los pasos sucesivos para llegar a una meta, por ejemplo quiere trabajar de abogado cuando abandonó los estudios en primero o dependiente en una gran superficie sin saber relacionarse con la gente. Esta falta de planificación está íntimamente relacionada con su dificultad en identificar sus limitaciones laborales, creyendo que puede desempeñar un trabajo, aunque no tenga formación suficiente ni habilidades para ello.

Al iniciar un proceso de orientación vocacional se debe tener en cuenta un aspecto tradicionalmente olvidado, la elección del usuario a la hora de decidir su opción laboral. Los bajos promedios en el mantenimiento de un empleo vienen marcados en parte por la insatisfacción con el empleo elegido y, por tanto, hay una relación directa entre la elección personal de ese empleo, la satisfacción con el mismo y su conservación.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la orientación vocacional/ laboral es un proceso continuo, cambiante y dinámico, en íntima relación con las habilidades y aprendizajes del usuario.

A continuación se describen los componentes de un programa de orientación vocacional:

A) Adquisición de información sobre las características del mercado laboral:

A pesar de que gran parte de los usuarios que inician un proceso de rehabilitación laboral poseen experiencia, desconocen conceptos básicos laborales como convenio colectivo, salario mínimo, derechos laborales, tipos de contrato, etc. Por tanto, antes de analizar sus destrezas y limitaciones es preciso dotarles de información que les sitúe en el marco en el que se va a desarrollar su futuro a partir de este momento.

El orientador laboral debe ofrecer un abanico de posibilidades para la búsqueda de esa información y dotarles de los recursos necesarios para acceder a la misma (ensayos conductuales en torno a cómo conseguir la información tanto personalmente como por teléfono).

B) Reconocimiento de las propias capacidades y limitaciones:

Una vez conocido el mercado laboral, el entrenador debe ayudar al usuario a recabar datos sobre su experiencia laboral y formativa y a analizar éstos para que llegue a tener una idea exacta de los conocimientos que adquirió, las tareas que realizó y las destrezas que utilizó. El objetivo no es sólo la elaboración de un itinerario formativo y laboral sino que valore sus características personales, centre sus atribuciones y modifique sus actitudes negativas ante determinadas áreas laborales, así como que reconozca sus limitaciones hacia algunos trabajos.

Para conseguir el objetivo, el orientador devuelve progresivamente la información de los hábitos y habilidades laborales recabada durante la evaluación y recoge aspectos casi siempre poco valorados por el usuario como son los hobbies y aficiones, haciéndole ver la posibilidad de que ese interés se convierta en una opción laboral.

C) Definición de intereses profesionales:

Se trata en este momento de realizar la elección de una o varias áreas laborales ajustadas a las posibilidades reales y a las demandas del mercado laboral.

Una vez marcado un interés vocacional, se debe avanzar en su consecución de forma progresiva, por medio de subobjetivos, con metas cortas y sucesivas, que vayan aumentando el nivel de exigencia a fin de que el usuario adquiera confianza en sus posibilidades.

Es importante que la elección gire en torno a campos o áreas laborales y no en torno a una actividad concreta. De esta manera se aumentan las posibilidades de incorporación al mercado de trabajo.

También se deben respetar las decisiones no laborales del usuario por temor a perder pensiones, por la carencia de apoyo familiar y social, miedo, ausencia de experiencia laboral. A veces será necesario reconducir el proceso hacia objetivos ocupacionales o de ocio.

2. Entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral

Son muchos los estudios cuyas conclusiones avalan una relación significativa entre habilidades de ajuste laboral y desempeño de un trabajo en el futuro.

El lugar más adecuado para desarrollar todos estos hábitos y habilidades es aquel que mejor simule un trabajo real, los talleres rehabilitadores, cuyo carácter rehabilitador se fundamenta en que no son específicamente formativos, no se enseña un oficio, ni productivos por lo cual no dependen de la obtención de un rendimiento económico, sino que las tareas se supeditan a las necesidades individuales de cada persona.

Estas tareas las determina el maestro de taller, el cual debe establecer con el usuario una relación similar a la de cualquier trabajador con su supervisor.

Debe conocer, asimismo, las peculiaridades del colectivo con el que trabaja y tener una mínima formación en cuanto a los principios del aprendizaje y las técnicas más comúnmente utilizadas para implementar conductas en el área laboral, como son instrucción verbal, modelado, reforzamiento, moldeamiento, encadenamiento, etc.

Las tareas son asignadas según los hábitos y habilidades que se quieran entrenar o potenciar, por lo cual deben tener las siguientes características:

- Ser lo suficientemente interesantes como para despertar el interés y no tanto como para convertirse en un factor de estrés.
- Ajustadas a las necesidades del usuario, permitiendo paliar sus déficit y potenciar sus capacidades.
- Ajustadas a las expectativas vocacionales del usuario, pero dentro de sus capacidades, evitando que puedan ser un motivo de frustración.
- Que permitan un aumento del grado de complejidad, abarcando el progreso laboral del usuario.
- Tienen que despertar intereses vocacionales o modificar los intereses desajustados que el usuario pueda tener.
- Susceptibles de desarrollarse individualmente o en equipo, dependiendo de los objetivos marcados con cada persona.

Los déficit más comunes en la población con enfermedad mental crónica que suponen una dificultad para conservar el empleo y que, por tanto, son objeto de entrenamiento, son:

- La asistencia y la puntualidad: en la primera influyen muchos factores como son unos hábitos de sueño desajustados y arraigados desde tiempo atrás y fundamentalmente la motivación para iniciar el proceso de rehabilitación laboral. Una buena evaluación de estos aspectos ofrecerá un punto de partida para iniciar el cambio. Un problema más frecuente aún es la impuntualidad que puede denotar también falta de motivación o un problema de organización y planificación del tiempo. Un recurso útil para eliminar este problema puede ser que el usuario asuma la responsabilidad de tener a punto el material para el inicio de la jornada o que participe en una tarea de equipo en la que es imprescindible su presencia desde el primer momento.
- La falta de iniciativa. Sobre este punto, Anthony (1988) señala la incapacidad del sujeto para dar directrices. Estas dificultades se resumen en una carencia de iniciativa en tareas que ya conoce y en dificultades para planificar y organizar. El maestro de taller debe reforzar las iniciativas aunque no conduzcan a la realización perfecta de la tarea y fomentar la independencia, con los pasos sucesivos que cada persona requiera.
- La baja tolerancia al trabajo prolongado, al trabajo repetitivo y a los cambios de tarea. El usuario suele desconfiar de su resistencia y relacionar el cansancio con el desequi-

librio psíquico. Una buena información al respecto y el acuerdo de un aumento progresivo del horario son estrategias que suelen resultar eficaces. También desconfía de su capacidad de aprendizaje y su memoria, por lo cual el acercamiento a trabajos que requieran cambios de tarea o encadenamientos debe realizarse de forma paulatina y con el conocimiento previo del usuario.

- Desconoce las habilidades sociales en ambiente laboral. No reconoce lo que ha hecho mal, o bien culpa a los compañeros o al supervisor o bien se atribuye toda la culpa. Se aísla, no se relaciona o lo hace de forma exagerada interfiriendo en el trabajo de sus compañeros.

El entrenamiento en habilidades sociales en el taller rehabilitador está implícito en la propia actividad laboral y en las relaciones naturales que se establecen entre los compañeros de trabajo. El entrenador debe fomentar esas relaciones programando actividades de equipo que disminuyan el aislamiento, dando instrucciones verbales para disminuir el exceso de relación e interferencia y potenciando que se creen relaciones personales por afinidades.

Otro aspecto que requiere una especial atención es la capacidad para ofrecer y solicitar ayuda. Solicitar ayuda es un signo de la buena capacidad de afrontamiento y resolución de problemas y ofrecerla indica un buen repertorio conductual y un talante solidario. Ambas habilidades deben ser fomentadas y el usuario que las posee bien porque ya existía en su repertorio conductual o porque las ha adquirido a lo largo del proceso rehabilitador debe convertirse en modelo para el resto de los usuarios.

Estos son algunos de los aspectos a trabajar en los talleres rehabilitadores, pero no son ni los más importantes ni los únicos. Un proceso continuo de evaluación irá dando las pautas de actuación con cada usuario en cada momento concreto.

3. Apoyo a la formación profesional:

Una vez que existe un interés vocacional medianamente definido, puede ser necesario, antes de plantearse la inserción laboral, conseguir una capacitación profesional inicial o aumentar la existente o reconvertir el currículum formativo aprovechando de él una mínima parte.

Las acciones formativas deben realizarse, en la medida de lo posible, en los circuitos formativos previstos para la población general (INEM, organismos de capacitación profesional, etc.). Sólo en aquellos casos que lo requieran se diseñarían estrategias de capacitación laboral específicas o se adaptarían las existentes.

La coordinación de los profesionales de la rehabilitación con estos recursos, así como el seguimiento y apoyo individualizado a los usuarios inmersos en procesos de capacitación profesional, se hacen en muchos casos imprescindibles para maximizar el éxito en dicha formación.

El seguimiento en la formación es, en muchas ocasiones, sobre todo si se trata del primer curso realizado o si existe una historia de fracasos, imprescindible, porque da seguridad al usuario y proporciona al profesional información sobre si debe continuar esa formación.

Este seguimiento debe realizarse respetando el anonimato de la persona si ella así lo desea. En este caso se concreta en entrevistas con el usuario en las que se analizan los aspectos directamente relacionados con el curso (interés teórico/ práctico, tareas, rendimiento, asistencia, etc.), los que tienen que ver con las relaciones sociales (compañeros, formador), la distribución del tiempo (ocio, comida, transporte, asistencia al taller en su caso), aparición de síntomas psicóticos o síntomas de aviso, la opinión de la familia y la satisfacción.

Si el recurso formativo ha sido contactado por el profesional que está llevando a cabo el

programa de rehabilitación y conocen el problema del usuario, se puede realizar el segui-

miento en el propio lugar, contando, lógicamente con la aprobación del usuario.

Contar con la información de la familia proporciona más elementos de evaluación del

proceso formativo.

4. Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo

Con este entrenamiento se pretende que el usuario adquiera las habilidades y conocimientos necesarios para encontrar y acceder a un empleo.

Usando técnicas de modelado, moldeamiento, instrucciones, ensayo conductual, registros y autorregistros, se intenta que adquiera las siguientes habilidades en búsqueda de empleo:

- Aprender a manejar las fuentes de información laboral: se le dota de información sobre dónde solicitar empleo y se le entrena para que sea constante y regular en el manejo de esas fuentes, llevando a cabo registros de los contactos laborales.
- Aprender a discriminar las ofertas adecuadas de las engañosas.
- Aprender a realizar un currículum, elaborándolo de la forma más beneficiosa para él.
- Cumplimentar instancias, solicitudes e impresos. En caso de problemas de lecto-escritura, se aborda en primer lugar este problema.
- Uso adecuado del teléfono para concertar entrevistas laborales: saludo, solicitar información, no realizar comentarios negativos, averiguar datos sobre la empresa, concertar la entrevista, etc.
- Manejo de entrevistas laborales. Se enseñan al sujeto todas las habilidades necesarias para el desarrollo de una entrevista.

5. Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo

Una de las mayores dificultades con las que se enfrenta el profesional que trabaja en este campo es determinar el momento en el que un usuario debe acceder al empleo. A veces somos muy conservadores y temerosos y "sobreprotegemos" al usuario evitando que se enfrente a una situación que por su historia personal o laboral ha demostrado ser altamente estresante y por tanto posible desencadenante de crisis psiquiátricas. La experiencia nos ha demostrado que en muchos casos mejoran los síntomas y el estado general del paciente cuando trabaja.

Se da también el caso de usuarios que no tienen un funcionamiento óptimo en talleres. La duda es si esto es un buen predictor del desempeño en el puesto de trabajo. En ocasiones nos llevamos la sorpresa de que no resisten en el taller y se adaptan al puesto de trabajo o al contrario, tienen muy buenos hábitos y habilidades laborales y no permanecen en ningún empleo.

Otra situación que puede darse es la de aquel usuario que quiere acceder a empleos con una exigencia para la que no están preparados y después de todo un proceso de reorientación profesional no se ha conseguido modificar sus expectativas. Una prueba de realidad puede ser la mejor manera de que se produzca un cambio en su itinerario laboral.

En cualquiera de los casos lo que el profesional realiza con el usuario es un análisis de todos los aspectos externos al trabajo (tipo de trabajo, duración de la jornada, distancia del domicilio, turnos), de las tareas (la calidad y el rendimiento exigido, así como el impacto que un error cometido tendrá en el trabajo) y la interacción del sujeto con el trabajo a realizar ya que dependiendo del trabajo los hábitos se pueden flexibilizar más o menos.

En líneas generales, se puede considerar que es el momento de acceder al empleo cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- El usuario tiene una buena trayectoria laboral y ha transcurrido poco tiempo desde el último empleo. La literatura al respecto señala la disminución del interés al cabo de

los seis meses de estar desempleado y cómo este interés sigue bajando durante el año siguiente. Hay pruebas de que este proceso se invierte durante la rehabilitación, aumentando las actitudes positivas hacia el empleo. Pero si el tiempo de permanencia en el taller rehabilitador es excesivo puede volver a invertirse el proceso y generarse un acomodo y una falta de motivación hacia el empleo.

- El usuario decide probar nuevas áreas laborales que no tiene relación con sus anteriores trabajos, los cuales rechaza por diferentes motivos. El profesional debe dar su opinión y asesorarle al respecto, pero respetando la decisión del usuario ya que las demandas de cada puesto de trabajo son diferentes y una persona puede no tener capacidad para afrontar unas demandas y sí otras.
- El usuario no tiene unos buenos hábitos laborales, pero muestra una gran motivación por el empleo realizando búsquedas por su cuenta, en ocasiones desoyendo las indicaciones de los profesionales.
- El usuario no ha mostrado deseos explícitos de trabajar, pero aprovecha la iniciativa de otros compañeros para hacer acercamientos laborales.

Una vez realizadas estas consideraciones es el momento de plantearse la opción de inserción laboral más válida. En nuestro caso se trata del mercado laboral ordinario, no por un rechazo hacia formas de empleo protegido u otras fórmulas, sino por ser en el momento actual la que ofrece más puestos de trabajo a todo tipo de población y también a nuestros usuarios.

Las diferentes alternativas de inserción laboral se resumen a continuación:

A) *Inserción en el mercado laboral ordinario:*

El método más usado por las personas con trastornos mentales para acceder a un empleo es ocultar su situación. Esto incrementa sus posibilidades de encontrar empleo. Hay pruebas (Farina y cols., 1971) de que los pacientes se desenvuelven mejor en una entrevista si creen que los entrevistadores desconocen sus antecedentes psiquiátricos. Cuando la persona persiste en manifestar su condición de enfermo mental, o sus dificultades para afrontar una entrevista son muy grandes recurrimos al acceso tutelado o intermediación laboral, contactando con empleadores concienciados o con buena experiencia con otros pacientes psiquiátricos.

En el empleo ordinario, el sujeto localiza el puesto de trabajo y accede a él sin la intermediación visible de ningún agente. Pero el equipo rehabilitador interviene en unos casos facilitando el empleo -lo denominamos acceso tutelado-. En otros, realizando entrenamientos exhaustivos en todos los pasos para conseguir empleo (seleccionar ofertas de empleo, concertar citas preparar las entrevistas y analizar después cada una de ellas, etc. A esta forma la hemos denominado acceso apoyado en un intento de diferenciarla de la anterior y del acceso autónomo, en el que el sujeto busca empleo y lo encuentra poniendo en funcionamiento todas las estrategias aprendidas en el CRL o que ya poseía sin la supervisión directa de ningún profesional.

Ésta es la fórmula ideal y la más utilizada por ser la que más puestos ofrece. Sin embargo, existen dificultades que son ajenas a los procesos de rehabilitación como por ejemplo la alta tasa de desempleo existente en nuestro país, los prejuicios y rechazo que los diagnósticos psiquiátricos producen en la sociedad, etc.

En este contexto una opción que está resultando interesante a pesar de todas las críticas que se le puedan hacer son las *Empresas de Trabajo Temporal* (ETT). Estas empresas han sido duramente criticadas porque proliferaron e incrementaron notablemente su actividad a la vez

que los derechos laborales y la protección social de los trabajadores fueron disminuyendo. Los trabajadores contratados para ser cedidos a las empresas usuarias no sólo sufrieron la precariedad laboral derivada del carácter temporal de este tipo de contratación sino que sus salarios eran también inferiores a los de los trabajadores de la empresa usuaria, la cual, además aprovechaba, en muchas ocasiones esta fórmula por ser más flexible y barata para tener trabajadores por períodos largos de tiempo, a veces años, sin ningún compromiso y con una reducción importante en sus derechos (vacaciones, días libres, etc.).

Esta situación llevó a promulgar una Ley (Ley 29/1999, de 16 de Julio) que reforma la anterior introduciendo modificaciones en diferentes artículos. En especial, hay que destacar la que se refiere al artículo 11 de la Ley 14/1994 que asegura al trabajador una retribución al menos igual que la del trabajador de la empresa usuaria, excepto que por convenio de la ETT se establezcan retribuciones más altas, en cuyo caso se aplicarían éstas.

Estas empresas tienen grandes ventajas para nuestra población, para momentos y situaciones puntuales. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Menor competitividad en los procesos selectivos. Son poco exigentes tanto en la entrevista de selección como en la cualificación exigida o en la experiencia laboral previa.
- Disponen de un abanico amplio de ofertas laborales en trabajos poco cualificados y en diferentes jornadas.
- Vuelven a ofertar puestos, aunque haya habido despido.
- Ofertan contratos de poca duración que son de enorme utilidad para personas que no tienen experiencia laboral o para las que tienen un pasado laboral caracterizado por los abandonos.

A pesar de sus dificultades y limitaciones, el mercado laboral ordinario es el principal referente para integrar al enfermo mental crónico, convirtiéndose en una opción en la que cada vez se encuentran más empresarios dispuestos a contratar y donde merece la pena invertir esfuerzos para cambiar la imagen del enfermo mental.

Respecto a la empresa ordinaria, lo más destacable en los últimos años es que se ha intentado fomentar la contratación indefinida, con una gran reticencia por parte de los empresarios. La reticencia de los empleadores a realizar contratos indefinidos tiene muchas causas, pero una de ellas es la complejidad y coste del despido. La reforma de 1994 pretendió clarificar las causas del despido procedente, pero esto resultó difícil para los jueces.

Para hacer más atractiva la contratación indefinida se tomaron varias medidas a partir de 1997:

- Las bonificaciones se extienden a cualquier manifestación de la contratación indefinida a tiempo completo.
- Los contratos de duración determinada o temporal que se transformen en indefinidos pueden tener derecho a bonificación si se encuentran suscritos y vigentes en el momento de entrada en vigor del RDL 9/97 (17 de Mayo de 1997). Los contratos de aprendizaje, prácticas, para la formación, de relevo y de sustitución por anticipación de la edad de jubilación pueden beneficiarse de las bonificaciones e incentivos aunque se suscriban con posterioridad a esta fecha.
- Salvo en el caso de los minusválidos, las medidas incentivadoras se traducen en bonificaciones a la cotización empresarial a la Seguridad Social. Se entiende que la bonificación al ser un beneficio al que se accede periódicamente (cada mes) y durante la vigencia del contrato, es una medida más adecuada y más ligada a la realidad de la

contratación que la subvención que se recibe a tanto alzado por una sola vez y que, por tanto, es más susceptible de desligarse de los períodos de duración real y efectiva de los contratos.

- Se regulan las incompatibilidades con otras ayudas públicas a la contratación indefinida. Frente a la total incompatibilidad, se opta por admitir la posible concurrencia de las destinadas con el mismo fin por distintas Administraciones Públicas.

Este tipo de contratos ha aumentado en el último año, debido probablemente a las bonificaciones y a que se ha reducido considerablemente el coste del despido: veinte días por año trabajado hasta un máximo de 12 mensualidades si el despido es procedente y 45 días por año trabajado hasta un máximo de 42 mensualidades si éste es improcedente.

En cambio, sí ha supuesto una mejora subjetiva para la persona contratada, haciéndole sentirse más segura y más integrada en la empresa.

Además de este tipo de contratos se siguen celebrando todos los que la legislación permite, predominando en el sector servicios el «contrato por obra».

Existen medidas específicas para el fomento del empleo de las personas con discapacidad que se han ido ampliando con sucesivas medidas legislativas, de las que destacan dos: Ley 12/2001, de 9 de Julio, de Medidas Urgentes de Reforma del Mercado de Trabajo para el Incremento del Empleo y la Mejora de su Calidad y Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Además, el RD-L 5/2002, de 24 de Mayo, incorporó algunas medidas que inciden directamente en las personas con discapacidad y que se han conservado en la Ley 45/2002, de 12 de Diciembre:

- Se mantiene (disposición transitoria cuarta de la Ley 45/2002) el derecho a la capitalización de la prestación por desempleo cuando el beneficiario pretenda incorporarse de forma estable y a tiempo completo como socio en una empresa de economía social (Cooperativa o Sociedad Laboral) o instalarse como trabajador autónomo. En el caso de un trabajador no minusválido el límite de la cantidad capitalizada es el 20 por 100 de la prestación por desempleo. En el caso de un trabajador con una minusvalía igual o superior al 33% esta cantidad puede llegar al 100 por 100.
- Se ha modificado (Disposición adicional quinta de la Ley 45/2002), tal como había propuesto el CERMI, el régimen de exclusiones para la obtención de ayudas y bonificaciones: la Disposición Adicional Tercera del estatuto de los Trabajadores, que se refiere a los programas de fomento de empleo excluía de ellos "las contrataciones llevadas a cabo por el cónyuge o familiares por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive del empresario o de quienes ostenten cargos de dirección o sean miembros de los órganos de administración de las empresas que revistan la forma jurídica de sociedad". Esta exclusión afectaba a personas con discapacidad que no tienen otra posibilidad de obtener un empleo si no es en empresas familiares.

La Ley 45/2002 incorpora modificaciones a propuesta del CERMI y por enmiendas formuladas por CIU, que se han plasmado también en el Acuerdo de 3 de Diciembre de 2002 suscrito por el MTAS y el CERMI:

- Apoyo al empleo de minusválidos mediante el establecimiento del "coste cero" de seguridad social de los contratos para sustituir aquellos que causan baja por incapacidad temporal (Disposición Adicional Novena de la Ley 45/2002).

Los empresarios suelen inhibirse a la hora de contratar un minusválido, en especial una persona con enfermedad mental, porque piensan que les van a acarrear más gastos que otras personas por sufrir más bajas. Aunque esto no está demostrado, siguen

reacios a pesar de recibir información ajustada al respecto. Por eso es interesante ofertar legislativamente el "coste cero" en materia de Seguridad Social de un contrato de interinidad para sustituir a la persona que está de baja. Esta experiencia ya se había iniciado con el RD-L 11/1998 en los supuestos de sustitución de trabajadores en descanso por maternidad, acogimiento o adopción.

Se ha introducido además una bonificación del 100% de todas las cuotas empresariales a la Seguridad Social derivadas de los contratos de interinidad suscritos con trabajadores minusválidos desempleados que sustituyan a un trabajador minusválido durante la situación de incapacidad temporal y mientras dure ésta.

- Adaptación de la formación teórica en el contrato de formación celebrado con discapacitados con necesidades especiales (Disposición Adicional Décima de la Ley 45/2002).

La obligación que establecía el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores en cuanto a que la formación teórica de los contratos de aprendizaje no pueda ser inferior a un 15% de la jornada se redacta en los siguientes términos en el caso de las personas con discapacidad: "cuando el trabajador contratado para la formación sea una persona con discapacidad psíquica, la formación teórica podrá sustituirse, total o parcialmente, previo informe de los equipos multiprofesionales de valoración correspondientes, por la realización de procedimientos de rehabilitación o de ajuste personal y social en un centro psicosocial o de rehabilitación sociolaboral".

- Fomento del autoempleo de minusválidos.

El apoyo al autoempleo es una de las prioridades del plan de Acción para el Empleo del año 2000 que se recoge en la Disposición Adicional Undécima de la Ley 45/2002 literalmente de la siguiente manera: "Las personas minusválidas que se establezcan como trabajadores por cuenta propia, vinculados aun proyecto de autoempleo aprobado por la Administración competente, se beneficiarán durante los tres años siguientes a dicha aprobación de una bonificación del 50% de la cuota correspondiente a la base de cotización mínima establecida por el Régimen especial de la Seguridad Social de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomo.

B) Otra alternativa a tener en cuenta para la integración laboral de los enfermos mentales crónicos es la del Empleo Protegido, que en España se articula a través de las fórmulas de los *Centros Especiales de Empleo* (CEE) y las *Empresas de Inserción*.

Los Centros Especiales de Empleo se crearon en nuestro país en el inicio de la década de los 80, fundamentalmente promovidos por el movimiento asociativo de minusválidos. Su misión es intentar asegurar un empleo remunerado para aquellas personas con al menos un 33% de minusvalía reconocido y que no pueden acceder al mercado laboral ordinario.

Están definidos en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de Abril), en su título VII como "aquellos (centros) cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado". Estos centros están regulados por el Real Decreto 2273/1985, de 4 de Diciembre y por el Real Decreto 1368/1985, de 17 de Julio, que regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los CEE.

Se constituyen como empresas que operan en el mercado, pero con unas características específicas que le dan el carácter de empleo protegido y que se recogen en el siguiente cuadro:

CARACTERÍSTICAS INCENTIVOS

- Es requisito previo contar con la autorización administrativa e inscripción en un Registro Oficial del INEM o de la CA con competencias en la materia.
- Se permite cualquier modalidad contractual, pero en todo caso se formalizará por escrito.
- La duración del contrato será indefinida, temporal o por duración determinada en los supuestos previstos en el Art. 15 del ET.
- Para contratos de trabajo a domicilio (ajustado al Art.13 del ET) se caracteriza por:
 - ✓ No se pueden realizar con personas con minusvalía psíquica.
 - ✓ El equipo Multiprofesional deberá informar previamente a la realización del contrato y realizará su seguimiento.
 - ✓ El contrato deberá recoger las necesidades técnicas del puesto y las medidas de ajuste personal y social.
- El porcentaje mínimo de trabajadores discapacitados es el 70%, no computándose a estos efectos el personal no minusválido dedicado a tareas de ajuste personal y social.
- En cuanto al tiempo de trabajo, se estará a lo dispuesto en la sección quinta del capítulo segundo del Título I del ET, con las siguientes peculiaridades:
 - ✓ Están prohibidas las horas extraordinarias, salvo las necesarias para prevenir o reparar siniestros y otros daños extraordinarios.

Las ausencias del trabajador para tratamientos de rehabilitación médico-profesional, formación, orientación y readaptación profesional serán retribuidas, si no excedan de diez días al semestre.

- Ayudas a la contratación:
 - ✓ Subvención para inversión de 12.020,24 € por cada puesto creado para un trabajador minusválido, si éstos representan más del 90% de la plantilla.
 - ✓ Subvención para inversión de 9.015,18 € por cada puesto creado para un trabajador minusválido, si éstos representan entre el 70% y el 90% de la plantilla.
- Ayudas al mantenimiento:
 - ✓ Bonificación del 100% de la cuota empresarial total a la Seguridad Social.
 - ✓ Subvención mensual, por cada trabajador minusválido de hasta el 50% del SMI.
- Subvención para adaptación de puesto de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas por una cuantía no superior a 1.803,04 €.
- Subvención por una sola vez para equilibrar o sanear financieramente los centros.
- Subvención para equilibrar el presupuesto de los centros sin ánimo de lucro.
- Subvenciones para asistencia técnica de hasta el 50 o el 100%.
- Los Centros Especiales de Empleo están exentos del pago del IVA en las subvenciones públicas (regla de prorata).

Los CEE como fórmula de integración laboral pueden resultar interesantes para las personas con enfermedad mental grave, aunque a la luz de la experiencia de estos años conviene indicar algunas de sus dificultades o limitaciones:

- La práctica totalidad de estos centros surgió del movimiento asociativo que incorporó entre sus reivindicaciones los conceptos de normalización e integración. Pero estas reivindicaciones resultaron ser parciales no llegando a trasladarse al ámbito laboral. Muchas personas formaban parte de las plantillas de estos centros sin aportar un rendimiento y por tanto un beneficio económico, sino que se mantenían en ellos con un carácter humanitario y por el beneficio social asociado al trabajo y no por el trabajo en sí.

¹ Tienen como misión implantarse en el tejido productivo normalizado y plenamente competitivo, en unidades de producción dependientes directamente de un CEE. En dichas unidades prestan servicios trabajadores con discapacidad pertenecientes a un CEE. Están pendientes de una legislación específica.

- Por otra parte, el propio sistema no tiene los mecanismos adecuados para que los recursos cumplan la función para la que fueron diseñados, no habiéndose establecido un control para que se dé la transición desde los Centros Ocupacionales a los CEE y de éstos a la empresa ordinaria, tal como prevé la LISMI, con lo cual estos centros, en muchos casos se han convertido en "ghettos" segregados.

Conscientes de esta dificultad, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el CERMI en el acuerdo firmado entre ambas partes (II PLAN DE EMPLEO MTAS-CERMI 2002-2004) se han comprometido a regular durante el 2003 los Enclaves Laborales¹ para facilitar el tránsito al empleo ordinario en el marco de las medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2%. El Acuerdo sólo marca unos mínimos en relación a:

- Favorecer el tránsito desde los CEE al empleo ordinario.
- Mantener las garantías laborales que tiene el trabajador en el CEE.
- Permitir la actividad laboral y la práctica profesional en un entorno real de trabajo.
- Facilitar a la empresa un mejor conocimiento de las aptitudes reales de los trabajadores con discapacidad de los CEE.
- Posibilitar el cumplimiento temporal por la empresa ordinaria de la obligación de reserva de empleo para trabajadores con discapacidad.
- Crear más empleo en los CEE.

Otra fórmula prevista por dicho acuerdo para favorecer el tránsito a la empresa ordinaria es la creación de Unidades de Apoyo en los Centros Especiales de Empleo.

- Los CEE no suelen contar con los servicios de ajuste personal y social, que deberían ser obligatorios si nos atenemos a la ley.

Una medida que viene a modificar esta situación es el compromiso en el Acuerdo anteriormente mencionado por parte del MTAS de modernizar los Servicios de ajuste personal y social de los CEE, impulsando durante 2003 las modificaciones normativas necesarias para apoyar la financiación de los costes laborales y de Seguridad Social de los trabajadores de ajuste personal y social en los CEE en los que trabajen personas con un grado de discapacidad física igual o superior al 65%, con retraso mental, enfermedad mental o parálisis cerebral.

• Ha faltado una adecuada planificación de la gestión económica y financiera. Muchos han surgido más a través del voluntarismo que de adecuados planes de viabilidad, estudios de mercado y organización empresarial, lo que lleva a que se encuentren en situaciones precarias, intentando mantenerse como empresas subsidiarias de una gran empresa matriz y sólo una, con lo cual si esta empresa fracasa o deja de adquirir los bienes o servicios al CEE, éste deja de existir.

- Han nacido, en muchas ocasiones, con plantillas sobredimensionadas que no rinde lo suficiente, por un interés en acaparar subvenciones. A veces ocurre que un pequeño número de trabajadores tiene un rendimiento que le permitiría poder acceder el mercado laboral ordinario, pero se les mantiene en estos centros porque son los que están supliendo los déficit productivos del resto de la plantilla.
- No existe, por parte de la mayoría de los trabajadores con discapacidad de estos centros, un conocimiento de los derechos y obligaciones laborales ni ha existido por parte de las organizaciones sindicales un interés por este tipo de empresas. Son muy raros los casos en los que hay representación sindical y muy pocos los trabajadores que hacen reivindicaciones laborales por miedo a perder el empleo. Esto ocurre espe-

cialmente en las empresas que se rigen por un modelo de gestión asistencial ya que es muy difícil establecer acuerdos y vigilancia de las condiciones laborales cuando el empleador asume a la vez el papel patronal, sindical y social.

- En suma, muchos CEE han surgido con un sentido de servicio social y no con un talante empresarial, cuentan con plantillas elegidas de forma intuitiva, con un perfil de profesionales de apoyo reconvertidos y con discapacitados inadaptados. A esto hay que añadir la no concreción de su función empresarial, del tipo de productos o servicios en los que pueden ser competitivos y de objetivos comerciales.

A pesar de todo esto, con las debidas correcciones, pueden y deben seguir existiendo los CEE como fórmula de empleo protegido que facilite la integración laboral de las personas con discapacidad, y concretamente con nuestro colectivo deben seguir surgiendo iniciativas en este sentido.

De hecho, es en esta modalidad de empleo donde se han producido las mayores tasas de crecimiento anual, pasándose de 5.018 empleados en 1988 a 8.393 en 1992 y más de 19.000 en 1998. En la Comunidad de Madrid existían en 1998, 56 CEE registrados con un total de 1.851 trabajadores, de los cuales el 52% presentaban una minusvalía psíquica. Según los datos de la Memoria de Actividades de los Centros 2002 (cerrados a 31 de Diciembre) de la Dirección General de Trabajo de la C. M., existían en la Comunidad de Madrid 109 CEE operativos y con actividad laboral (18 menos que en 2001) con una plantilla total de 4.665 personas (686 más que el año anterior) de los que 4.203 son trabajadores con discapacidad (578 más que en 2001) y 462 sin discapacidad (108 más que el año anterior).

La mayoría de los trabajadores minusválidos en CEE son de tipo físico, sensorial o con retraso mental. Aunque no existen datos, se puede decir que las personas con enfermedad mental ocupan un pequeño porcentaje del total.

Los datos de la Dirección General de Trabajo en cuanto al tipo de discapacidad y al tipo de contrato son los siguientes:

Tipo de discapacidad	DESGLOSE POR TIPO DE DISCAPACIDAD				DESGLOSE POR TIPO DE CONTRATO				
	Género		Total		Género		Género		
	Varones	Mujeres			Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
Intelectual	1.082	667	1.749	INDEFINIDO	1.642	1.107	TEMPORAL	700	754
Física	902	746	1.648						
Sensorial	369	437	806						
TOTAL	2.353	1.850	4.203	TOTAL	2.749 (65,41%)		TOTAL	1.454 (34,59%)	

Desde los Centros de Rehabilitación Laboral dependientes de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid se ha contactado con 40 de los 130 CEE inscritos a fecha 21-1-2003. Los resultados de estos contactos en cuanto a contrataciones laborales de personas con enfermedad mental son muy pobres: tan sólo se han realizado 25 (14,68%) de un total de 177 contratos en todas las modalidades de empleo. Hay que señalar, además, que todos estos contratos corresponden a usuarios del CRL "Nueva Vida" que tiene una trayectoria de 12 años y una larga experiencia en inserción laboral. Algunos de estos contratos se han celebrado después de un período de prácticas realizados mediante la firma de un convenio en prácticas entre ambas entidades. Predominan los contratos temporales frente a los indefinidos.

En el momento actual, existen dos CEE en la Comunidad de Madrid específicos para enfermos mentales. Uno es una explotación agropecuaria creado por una entidad sin ánimo de lucro que emplea únicamente a sus socios. El otro, de reciente creación desarrolla actividades relacionadas con la informática y ha empleado a usuarios del CRL "Nueva Vida" que les asesoró en todo el proceso de creación de la empresa.

Las *Empresas de Inserción* (EI) se definen como "estructuras de aprendizaje que reproducen las condiciones de trabajo y las relaciones laborales de una empresa, cuyos promotores mediante una iniciativa empresarial y estando sensibilizados con el problema de la integración laboral de personas en exclusión social proporcionan un trabajo real en condiciones reales de empresa".

Teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades de estas personas, realizan un itinerario personal donde se adquieran las habilidades y experiencias necesarias para desenvolverse con garantías en el mundo laboral.

Sus características principales son:

- Los destinatarios son colectivos en exclusión social.
- Persiguen un fin social –la inserción–, pero deben ser autosuficientes económicamente (sin fórmulas de empleo protegido ni subsidiario).
- Compiten en igualdad de condiciones con el resto de las empresas del mercado.
- La base de su financiación es la inversión, no la subvención.
- El planteamiento es el de pedir mercado, no subvenciones, puesto que es la competencia en el mercado y los beneficios de la actividad económica lo que mantiene los puestos de trabajo.
- Los protagonistas son los propios individuos, no las instituciones de ayuda o tutela (la persona es la protagonista de su proceso de aprendizaje desarrollando las habilidades necesarias que exige la práctica de cualquier trabajo: aprenden haciendo).
- Su planteamiento es que las estructuras estables en la empresa estén integradas por personas que hayan desarrollado su proceso de inserción en la empresa, dotándolas de los procesos de formación y capacitación necesarios.
- Trabajan en sectores de expansión, no de recesión, a través de estudio de las necesidades laborales locales.
- Permiten al trabajador acceder en las mismas condiciones, derechos y obligaciones que se dan en las empresas comunes, pero teniendo en cuenta las características especiales del colectivo al que se dirige.
- Permiten unir lo que podrían parecer dos fines incompatibles: el social y el económico, puesto que, por un lado las personas se sienten como parte fundamental de una organización que depende de su trabajo y se automotivan en su proceso de aprendizaje, y por otra parte se empiezan a utilizar términos como eficiencia y eficacia que sólo se utilizaban en el sector privado.
- La permanencia en las empresas de inserción es sólo temporal, mientras que dure el periodo de aprendizaje, puesto que no pretenden crear puestos de trabajo indefinidos, sino formar y capacitar a las personas para poder acceder a un puesto de trabajo fuera.
- Elaboran un proyecto personal de empleo que especifique las acciones que la persona llevará a cabo para acceder al mercado de trabajo y mejorar su empleabilidad.

- Los beneficios repercuten por entero o se reinvierten en los fines previstos de generación de empleo e inserción laboral.

Actualmente la presencia de enfermos mentales en este tipo de empresas es prácticamente inexistente, pero por su filosofía puede ser de enorme interés para nuestro colectivo.

C) Una derivación de la inserción en el mercado laboral ordinario es la fórmula conocida como *Empleo Con Apoyo*, que surge para dar respuesta a las personas con discapacidades moderadas y severas que no podrán percibir nunca un salario en un entorno laboral ordinario sin la existencia de un apoyo continuado.

En Estados Unidos, país donde nació el empleo con apoyo, se ha llegado a definir este concepto y a operativizar lo que debe ser un programa de estas características (Danley, 1993):

- Un trabajo competitivo y real en un contexto laboral ordinario e integrado.
- Un trabajo a tiempo completo o al menos 20 horas semanales a tiempo parcial.
- Con salarios equiparables al resto de los trabajadores no discapacitados.
- El lugar de trabajo ha de ser integrado, esto es, la mayoría de los compañeros de trabajo no presentan discapacidades y los individuos con discapacidades no constituyen un grupo aparte.
- Se debe organizar un conjunto de apoyos flexibles, individualizados y continuados tanto con la persona discapacitada como con el entorno laboral.

En este modelo, un profesional cualificado, el preparador laboral, realiza un entrenamiento en el propio lugar de trabajo y el usuario percibe desde el primer día el salario por parte del empresario. Una vez que el individuo aprende la tarea, el preparador laboral va disminuyendo gradualmente el tiempo de apoyo. En muchos casos, los compañeros de trabajo o los jefes de departamento pasan a asumir estas funciones, prestando su apoyo al trabajador en situaciones puntuales.

El Empleo con Apoyo constituye un proceso de inserción laboral que pasa por diferentes fases.

Las fases del proceso son:

1. Estudio y valoración de candidatos
2. Búsqueda de empleo
3. Análisis del puesto de trabajo
4. Selección y colocación del individuo
5. Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo
6. Seguimiento y valoración global del proceso

Para finalizar, únicamente añadir que una vez que el usuario ha accedido a un trabajo, puede ser adecuado realizar un seguimiento cercano de su desempeño y dificultades. Dicho apoyo deberá mantenerse el tiempo necesario para asegurar una buena adaptación y deberá estar disponible ante cualquier imprevisto que surja. La familia del usuario puede jugar un papel fundamental a la hora de facilitar y apoyar el mantenimiento en el trabajo. Por ello, es importante asesorar a la familia en todos los aspectos que se comentaron en la evaluación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Allúe, A.; Rodríguez, D.; Sánchez, R. y Segoviano, J. (1999). *Manual práctico de contratación laboral*. Madrid: Fundación Confemetal.
- Bellver, F.; Moll, B.; Roselló, R. y Serra, F. (1993). "El empleo con Apoyo: un recurso eficaz para la inserción sociolaboral de personas con minusvalía". *Siglo Cero*, Vol. 24 (3) nº 147, Mayo-junio, 15-24.
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. A. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Cáritas (2000). *Las Empresas de Inserción a Debate. Documentación social*, Nº 117-118. Madrid: Cáritas
- Comisiones Obreras (2003). *Aproximación sociolaboral al empleo protegido: los Centros Especiales de Empleo*.
- Comunidad de Madrid (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14.
- González, A. (1993). "Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable". *Siglo Cero*, Vol. 25 (3) nº 148, Julio-Agosto, 49-53.
- Ley 13/ 1982, de 7 de Abril de Integración Social de Minusválidos.
- Ley 29/1999, de 16 de julio, de Modificación de la Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal.
- Ley 12/2001, de 9 de Julio, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad.
- Ley 45/2002, de 12 de Diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad.
- Liberman, R. P. (1988/1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Real Decreto 2273/ 1985, de 4 de Diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.
- Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.
- Rebolledo, S. (1997). *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Rodríguez, A. (coord.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Sobrino, T. (2001) "La inserción laboral de la persona con enfermedad mental crónica". *Boletín de la AMRP*, 13, 13-23.
- Sobrino, T. (2002). "Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral", en Verdugo M. A.; López, D. y Rodríguez, M. (coords.) (2002). *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas*, Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1993). "El empleo con Apoyo: una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad". *Siglo Cero*, Vol. 24 (3) nº 147, Mayo-junio, 5-12.
- Watts, F. N. y Bennett, D. H. (1983/1990). *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. México: Limusa.

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Mariano Hernández Monsalve

INTRODUCCIÓN. LA CRONICIDAD PSIQUIÁTRICA COMUNITARIA TRAS LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN¹

Hace ya más de cuarenta años que se iniciaron los procesos de reforma psiquiátrica, con objetivos de desinstitucionalización y de creación de servicios y de redes de salud mental comunitaria alternativas a las antiguas instituciones.

El balance de esos años ofrece un panorama desigual, pues si bien es cierto que muchos pacientes se han librado del porvenir manicomial, pasan la mayor parte del tiempo en la comunidad, con eventuales periodos de hospitalización, pueden mantener una aceptable autonomía y, con menos frecuencia, han configurado su propio núcleo familiar o mantienen un trabajo, otra gran cantidad de personas con trastornos mentales más o menos graves y persistentes pasan su vida con poca autonomía y precaria calidad de vida, sin apenas amigos y muy a menudo también sin pareja, o malviven en las bolsas de marginación y exclusión (entre la calle –“sin hogar”– y la cárcel, como circunstancias de reclusión extrema); bolsas que en la mayor parte de los países occidentales supuestamente “desarrollados” están demasiado nutridas de personas que padecen algún trastorno mental crónico.

La desinstitucionalización acercó a los pacientes mentales a la comunidad, y ahí es donde ahora se manifiestan sus dificultades y, muy a menudo, sus cronicidades.

Entre los factores limitantes del despliegue efectivo de las alternativas comunitarias se han señalado:

- a) la escasa relevancia de los nuevos dispositivos comunitarios frente al peso (económico y asistencial) que han mantenido, o recuperado, los hospitales.
- b) los frecuentes fenómenos de transinstitucionalización; los objetivos parciales de muchas de las nuevas alternativas (sólo para ciertos tipos de pacientes, o sin constituir una red global de servicios alternativos suficientemente bien conjuntados entre sí, o con difícil articulación entre los servicios sociales y los sanitarios).
- c) el desplazamiento del interés de muchos de estos nuevos servicios hacia pacientes menos graves, pero muy demandantes de servicios, quedando desplazados los pacientes más graves, pero desinteresados de la atención ofertada en los nuevos centros.
- d) la actitud “no intervencionista” falta de “asertividad” de los nuevos servicios en el seguimiento de esos pacientes más graves, pero desinteresados, renunciando a toda intervención que no fuera solicitada activamente por el interesado.
- e) el desinterés de muchos profesionales por la atención comunitaria a los pacientes más graves, prefiriendo dedicar el esfuerzo a pacientes menos disruptivos y clínicamente “más agradecidos”.
- f) muy especialmente, la escasa dotación financiera de los nuevos servicios. Muy a menudo, los políticos y administradores sanitarios decidieron ofertar nuevos servicios comunitarios alternativos, sin la necesaria dotación financiera (el grueso de la financiación seguía dedicándose a las antiguas instituciones hospitalarias; o bien se derivaban a otros proyectos los ahorros derivados de cierres de hospitales o los beneficios de ventas de los terrenos de antiguos hospitales).

¹ Los aspectos señalados en esta introducción los he descrito con más detalle en otros textos recientes: Hernández Monsalve M. A. (2000, 2002, 2003).

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, por el contrario, allí donde se ha respetado la distribución de presupuestos según necesidades de los pacientes, y “las pesetas- los euros” han acompañado a los pacientes (“del hospital al área”) se han avanzado con éxito procesos de desinstitucionalización (Knap, et al., 1990; Leff, 1991; Aparicio y Sánchez, 1990; Desviat, 1994). En la práctica son tan importantes los recursos disponibles como el modo en que se produce el despliegue de los dispositivos (Tansela, 1991; García, 1997).

En la experiencia española se han producido también muchos de los fenómenos antes señalados. El despliegue comunitario es aún muy insuficiente: ciertamente se ha producido un fuerte cambio en la organización de servicios, de modo que se han generalizado los centros de salud mental y las unidades de hospitalización en hospitales generales, pero la atención comunitaria es muy frágil, apenas se realizan intervenciones fuera de los centros de salud mental, en el entorno ni con la red social de los pacientes, y la atención domiciliaria es anecdótica; a los pacientes graves se les proporciona muy poca atención psicosocial y también muy escasa atención a sus familias; las actividades de coordinación, tanto entre los distintos dispositivos de la red de salud mental como con otros tales como atención primaria de salud, servicios sociales generales, instancias jurídico-legales, o con entidades ciudadanas, son también muy escasas. Los familiares de los pacientes asumen una importante carga, subjetiva y objetiva. Los programas de rehabilitación están insuficientemente desarrollados; y además, en muchos equipos de salud mental se ha desdibujado la perspectiva rehabilitadora, al pasar a ser considerada la rehabilitación una actividad propia de equipos especializados en esas tareas. Existe falta de definición de responsabilidades –entre los responsables de “lo social” y de lo “sanitario”- en lo que se refiere a la atención a la cronicidad y al desarrollo de programas de rehabilitación e inserción social. Y, por supuesto, persiste una insuficiente financiación de los proyectos de salud mental comunitaria, lo que priva a muchos de los nuevos planes de credibilidad, por más que parezcan muy ambiciosos y bien diseñados sobre el papel².

La experiencia de estos años demuestra que es difícil hacer realidad en la práctica la perspectiva comunitaria en su sentido más genuino, si entendemos con Gélinas que lo comunitario, en salud mental, debe aplicarse para describir las intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social (Gélinas, 1998).

TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO

Los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (PTAC) son un modo (el más efectivo) de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a pacientes mentales, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de rechazo, marginación-exclusión social que tradicionalmente se han cernido como máximos riesgos de fracaso y sufrimiento añadido en las vidas de estos pacientes.

La puesta en marcha de los programas de TCA es consecuencia de la observación rigurosa y sistemática a lo largo de años de una experiencia de desinstitucionalización y despliegue de nuevos servicios de salud mental comunitaria: la experiencia original tuvo lugar en el hospital público de Madison, en el condado de Dane, en Wisconsin (Marx, Test y Stein, 1973, Test y Stein, 1978, Stein y Test, 1980).

² Se pueden encontrar revisiones de la situación de la salud mental en España, y propuestas de mejora en Desviat, 1994; García, Espino y Lara, 1998; AEN, 1999; Rivas, 2000; AEN, 2002; Verdugo, López, Gómez y Rodríguez, 2002; Gisbert, 2003.

Partiendo de su propia experiencia y de lo observado en otras muchas experiencias de desinstitucionalización, particularmente de Estados Unidos, los protagonistas de esta experiencia consideraron que la precaria adaptación social y la tendencia al reingreso de los pacientes crónicos-graves, no eran tanto una consecuencia directa e ineludible del trastorno que padecieran, sino más bien consecuencia del descuido en el plan de tratamiento de alguno de los siguientes aspectos:

1.- Necesidades básicas de cualquier individuo: alimentación, alojamiento, atención médica general... acceso a recursos materiales elementales.

2.- Habilidades para responder a las demandas de la vida comunitaria, como usar el transporte público, administrar un presupuesto doméstico o saber cocinar una alimentación básica.

Los autores insisten en que estas habilidades han de practicarse “en vivo”, sobre el terreno en que han de ser ejercidas.

3.- Motivación para perseverar en intentar mantenerse implicados en la vida.

La supervivencia en la vida social de estos pacientes no es nada fácil, de modo que constantemente están expuestos a circunstancias que les desaniman a persistir en el intento: ya sea el rechazo de los demás, la dificultad para iniciar o mantener amistades o pareja, o para alcanzar otros logros sociales o laborales, o para tolerar muy diversas formas de estrés y/o frustraciones inevitables de la vida.

El sistema de soporte social no debe pretender solamente la provisión de recursos materiales o facilitar el aprendizaje de habilidades sociales más o menos básicas, sino permitir que el paciente se sienta ayudado de forma eficaz, comprobando que no se le ha abandonado, no se le ha dejado solo.

4.- Reconocimiento de la tendencia de los pacientes a abandonar, a no implicarse, especialmente cuando se encuentran peor.

Tanto por cuestiones de índole psicopatológica, como por la complejidad de la red asistencial (burocracia, límites de la intervención de cada agencia o de cada profesional...), el riesgo de abandono y pérdida de pacientes en la red es muy alto, de modo que una de las características esenciales del programa habrá de ser asegurar la continuidad de cuidados de forma activa: la motivación del sujeto-paciente debe ser un objetivo intermedio del proceso de tratamiento, no un requisito de inicio del mismo.

Por esto, proponen un seguimiento activo para prevenir/evitar el abandono. El programa debe ser asertivo, proactivo.

5.- Suficiente libertad de movimientos como para evitar el establecimiento de relaciones patológicas de dependencia (que se definen como relaciones que inhiben el crecimiento personal, refuerzan conductas desadaptadas y generan pánico ante el temor de la pérdida).

Las relaciones de dependencia que tan frecuentemente se generan entre el paciente crónico y la familia y /o las instituciones se suelen acentuar con la hospitalización prolongada, de modo que la salida del hospital supone la vuelta a una situación familiar conflictiva, con el consiguiente riesgo de rehospitalización y desarrollo de pautas de “puerta giratoria”.

Por esto, los programas comunitarios deben proporcionar suficiente soporte para que los pacientes puedan mantenerse implicados en la vida comunitaria, favoreciendo al máximo su crecimiento, en el sentido de progresiva adquisición de autonomía.

6.- Apoyo, información y educación a los miembros de la familia y del entorno que están implicados con el paciente. El modelo PTAC propone una perspectiva interpersonal en

el abordaje de la cronicidad, de modo que considera imprescindible trabajar con el entorno significativo del paciente en un sentido que resulte aceptable y beneficioso para él.

El programa incluye tratamiento farmacológico y las intervenciones clínicas precisas, pero su foco de atención principal no es tanto el control de la sintomatología, como el desarrollar al máximo los puntos fuertes, las capacidades y cualidades más conservadas y más características de cada paciente. Siempre prestando el máximo apoyo posible al paciente, los familiares y al resto de miembros de su entorno comunitario. Siempre con la perspectiva de responder a las necesidades presentes, en el momento y lugar en que sea más pertinente intervenir. Por esto la mayor parte de la actividad se va a desarrollar fuera del despacho, a menudo en el propio domicilio, en el lugar de trabajo, en la calle o en cualquier otro lugar donde se lleven a cabo actividades de ocio, etc.

Con estas premisas desarrollaron un modelo inicial de intervención – el “Tratamiento Total en la Comunidad” – con las siguientes orientaciones:

- a) enseñar a los pacientes las habilidades, instrumentales y sociales, necesarias para funcionar en la vida social de la comunidad
- b) evitar en lo posible la rehospitalización
- c) trabajar con los familiares u otras personas próximas para romper las relaciones de dependencia psicológica (proceso que denominaron de “separación constructiva”)
- d) tratar a los pacientes como sujetos responsables a los que se animaban a exponerse tanto como fuera posible a las contingencias de la vida comunitaria,
- e) establecer estrecha colaboración con cuantas agencias que intervenían en la comunidad pareciera necesario,
- f) interesarse activamente (asertivamente) en mantener a los pacientes en el programa, evitando en lo posible abandonos del tratamiento.

Más tarde consideraron necesario aceptar que la mayoría de los pacientes crónicos presentaban déficits persistentes; y decidieron que el programa debía también ocuparse de sus dificultades para las relaciones interpersonales y para mantener un empleo competitivo.

Los elementos principales de la perspectiva de tratamiento fueron: asumir la responsabilidad de ayudar a los pacientes a obtener recursos materiales básicos como el alojamiento, proveer un sistema de soporte para motivar a los pacientes, para atenuar su soledad y para resolver sus problemas en la vida diaria; los profesionales del programa debían también ocuparse de “capitalizar/rentabilizar” los puntos fuertes de los pacientes; y además, como equipo, debían estar disponibles para los pacientes y para la comunidad en cualquier momento para intervenir allí donde fueran requeridos para abordar cualquier problema.

Varias conclusiones aparecían con bastante claridad: para que los pacientes se mantengan en la comunidad, aún sin que se “curen”, es preciso:

- a) flexibilizar el tipo de intervenciones, clínicas y sociales, adecuándolas a las necesidades percibidas por cada paciente;
- b) adecuar también la financiación (la atención comunitaria no es más cara, pero tampoco más barata; quizás la ventaja pueda darse en gastos indirectos o a largo plazo): “los dólares-las pesetas/euros han de seguir a los pacientes, y han de caminar también desde el hospital al área”.
- c) Además, los tratamientos han de mantenerse, en principio, de forma indefinida.

En la organización del programa se insistió en depositar en el equipo interdisciplinar la responsabilidad total del tratamiento -sin concertar servicios- que debía establecer alianza con los pacientes a largo plazo (indefinido), y diseñar una estrategia de intervención propia para cada paciente, susceptible de modificarse según cambiaran las circunstancias y necesidades de cada momento.

Desde el punto de vista práctico, se mantenía una proporción 1: 10 de profesionales/paciente, y una organización del equipo que permitía la posibilidad de intervención en crisis las 24 horas del día; también en ellos reposaba la decisión del ingreso y del alta. Con el tiempo se han ido ajustando algunos criterios que perfilan el progreso, tal y como se resume a continuación.

Criterios de fidelidad al tratamiento Comunitario Asertivo (Teague et al., 1998)

- proporción de casos asignados a cada profesional (lo idóneo 1:10)
- el equipo comparte los casos
- existen reuniones del equipo
- el equipo tiene un líder o responsable
- continuidad de la dotación, y de los miembros del equipo
- el equipo cuenta con un psiquiatra, un enfermero, un especialista en drogodependencias y con un especialista en actividades vocacionales-laborales
- se definen criterios de inclusión en el programa
- se registra sistemáticamente la tasa de ingresos en el programa
- el equipo asume responsabilidad completa del tratamiento, intervención en crisis y planificación del alta
- se mantiene el seguimiento por tiempo ilimitado
- proporcionan intervención “in vivo” (ej. en domicilio, en el trabajo si es preciso)
- mantienen una política de evitar abandonos
- mantienen seguimiento asertivo (evitando la desconexión de los pacientes)
- intensidad de servicios
- frecuencia de contacto (lo idóneo, contacto directo con enfermería)
- trabajan con el sistema de soporte social y las redes naturales
- el mismo equipo asume el tratamiento de las adicciones de los pacientes del programa

Los servicios proporcionados por el PTAC incluyen aspectos sociales y clínicos. De acuerdo con la actualización de Philips y cols (2001), incluyen las siguientes áreas de intervención y actividades:

- 1) Actividades y habilidades de la vida diaria (alimentación, vestido, uso de transporte, ayuda en las relaciones sociales y familiares).
- 2) Compromiso con las familias (ayuda en situaciones de crisis, psicoeducación y orientación familiar, coordinación con recursos de apoyo familiar).
- 3) Integración laboral (orientación vocacional, captación de empresas colaboradoras para la integración laboral de los pacientes, preparación para el trabajo).

- 4) Gestiones administrativas (preparación de documentos, solicitudes de ayudas, etc.; y acompañamiento, si es preciso para la presentación de los mismos, preparación de entrevistas, etc.).
- 5) Alojamiento (búsqueda del mismo, mantenimiento, financiación...).
- 6) Organización económica (previsión de necesidades y búsqueda de recursos, manejo del presupuesto).
- 7) Medicación (con el propósito de propiciar la correcta autoadministración).
- 8) Asesoramiento, consejo apoyo psicológico (orientado a una correcta identificación y afrontamiento de problemas, requiere una buena alianza terapéutica y una excelente concordancia entre todos los miembros del equipo entre sí y con el paciente).

Todo ello, con una disponibilidad de 24 horas al día los 365 días del año

La experiencia de Madison fue estableciendo una secuencia de cambios que suponían un traslado progresivo de responsabilidades asistenciales cada vez mayor desde el hospital hacia la comunidad, y se fueron evaluando sistemáticamente los resultados. En cuanto a resultados, lo más evidente fue que con el apoyo que proporcionaba el programa los pacientes necesitaban recurrir cada vez menos al hospital, de modo que disminuyeron muy significativamente las estancias (tanto de antiguos pacientes previamente institucionalizados, como de los nuevos pacientes). Otros efectos del programa fueron el que los pacientes mantuvieron mayor estabilidad en el domicilio, con pocos casos de "vagabundeo" o desconexión de la red, mejor calidad de vida, mayor satisfacción de los pacientes y de sus familiares.

Tras más de treinta años de aplicación en la práctica de estos programas, los protagonistas iniciales siguen haciendo aportaciones desde su experiencia, con el propósito de mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos. Entre esas propuestas cabe destacar:

- Acentuar el énfasis en el criterio clínico para individualizar las acciones con cada paciente.
- Prestarse a concertar, en ocasiones, intervenciones fuera del equipo.
- Manteniendo el criterio inicial de "la separación constructiva", trabajar más específicamente con las familias emocionalmente más alteradas: con sobreimplicación o intolerancia, e incorporar la psicoeducación como un componente esencial en el trabajo con familias.
- Modificar el criterio respecto a la hospitalización, que debe dejar de ser visto como la última medida a tomar, y pasa a ser considerado un elemento también importante del conjunto de dispositivos de atención comunitaria.
- Una de las variantes de aplicación del programa se dispuso un equipo móvil para atender a los pacientes más difíciles, y se diseñó un sistema de cuidados pensados para dar respuesta a diferentes necesidades de los distintos subgrupos de pacientes: así se dispone de un equipo móvil de intervención en crisis disponible las 24 horas del día, un programa de rehabilitación psicosocial basado en el modelo de Fountain House, una clínica de atención ambulatoria, y una amplia gama de servicios "vocacionales", viviendas y hospitalización. Se cuida que cada paciente reciba el nivel y gama de servicios que requiere, y se sigue cuidando la evitación de hospitalizaciones innecesarias, siendo el equipo de intervención en crisis quien ejerce de filtro a la hospitalización.

Otra importante dimensión de este programa ha sido el contar con el reconocimiento académico para formación de residentes de Psiquiatría.

RÉPLICAS DE ESTA EXPERIENCIA. LA GENERALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS TAC. COINCIDENCIAS Y DIFERENCIAS CON EL "CASE MANAGEMENT"

La experiencia de Madison produjo un gran impacto entre quienes seguían los procesos de reforma: inicialmente en Estados Unidos, y más tarde en otros países (Australia, Canadá, Inglaterra, España). Mientras tanto, quizás los únicos programas análogos pudieran estar siendo los del servicio público de Finlandia (programas de atención comunitaria intensiva y continuada, de perspectiva integradora, dirigidos fundamentalmente a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia) (Alanen *et al.*, 1991) y algunos aspectos de las experiencias alternativas en Italia (Dell'Aqua, 1995, Tansela, 1991, Roteli, 1995).

La primera publicación de una experiencia europea del programa TCA no aparece hasta 1994 (Marks *et al.*, 1994, Audini *et al.*, 1994), desarrollada por un equipo de salud mental comunitaria vinculado al hospital Maudsley.

En Estados Unidos, el NIMH reconoció el sistema de atención del condado de Dane como centro nacional para la formación en programas de soporte comunitario y definió la necesidad de generalizar los Community Support Programs en 1977 (Turner y Ten Hoor, 1978), en buena parte bajo la influencia del trabajo pionero del equipo de Madison.

En el Reino Unido, el NHS, tomando como referencia los programas TAC, estableció en 1991, con carácter normativo para la red de salud mental comunitaria, el programa "Care Programme Apporche" (CPA), en el que se consideran tres niveles de intervención según la gravedad de los casos e identifican para cada caso un "responsable" (*keyworker*) que debe coordinar la evaluación, gestión y revisión de las necesidades de cada paciente. Estableció a su vez, con carácter normativo –obligatorio– un registro de los casos más graves (cuando presentaban necesidad de alto apoyo y supervisión, y alto riesgo de descompensación-conductas disruptivas). En 2000, valorando la experiencia de aplicación del programa han establecido algunas modificaciones como por ejemplo el decidir dos tipos de programas CPA según la intensidad de seguimiento requerido (estándar y reforzado).

La primera publicación en España (Fernández Liria, A.; García Rojo, M.J.), revisando la experiencia internacional, es de 1990. Posteriormente, se han ido estableciendo a lo largo de los últimos 12 años diversos programas que han tenido como referencia los del TCA y el CMI (en varios equipos de Madrid: Fuenlabrada-Leganés, Alcalá de Henares, Fuencarral; Avilés en Asturias; Málaga, Barcelona).

Entre la variedad de tipos de programas que se han ido desarrollando para la atención en la comunidad a pacientes mentales, el TAC representa la modalidad más completa e intensiva. El resto de modalidades que se proponen intervenir intentando facilitar la concordancia y congruencia de las distintas intervenciones, y la continuidad de cuidados se conocen genéricamente como programas de "case management" (cm).

La experiencia española ha consistido en una búsqueda de adecuación de la experiencia de PTAC y de "case management clínico" al contexto de nuestros servicios públicos de salud mental (Ximénez y cols., 2000; AEN, 2002, Gisbert, 2003).

Así por ejemplo, en el programa del área 3 de Madrid (Alcalá-Torejón), se definen los siguientes tipos de actividades (Fernández Lira, 2001):

- 1) Actividades de evaluación y programación, que incluye evaluación de la demanda y propuesta de objetivos, y una serie de actividades de acogida que incluyen, entre otras, el establecimiento de una alianza de trabajo con el paciente, y de un plan individualizado de seguimiento y cuidados, acordado con el paciente.

- 2) Actividades centradas en el caso, que incluyen: control de adherencia al tratamiento, control de tratamientos de protocolizados (ej. litio, clozapina), psicoeducación, grupos de medicación, apoyo y asesoramiento, alojamiento.
- 3) Actividades centradas en el entorno, que incluyen: censo de recursos sociocomunitarios, coordinación con cada dispositivo, conexión con recursos comunitarios, consultas con la familia y otro personal cuidador, mantenimiento y desarrollo de soporte comunitario individualizado, asesoría y defensa del usuario, promoción del asociacionismo.
- 4) Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno: intervención en crisis, evaluación y control de resultados.
- 5) Evaluación periódica y sistemática del programa.

Dentro del conjunto de programas cm se dan enormes diferencias, estando en un extremo los programas tipo TCA y en el otro los programas “broker- cm” (o modelo de corretaje), en las que el gestor de casos se dedica fundamentalmente a facilitar y coordinar administrativamente las intervenciones de distintos profesionales o agencias, de modo que en algunos aspectos parecen opciones contrapuestas: El TCA requiere trabajo en equipo y responsabilidad directa sobre todo tipo de intervenciones; parece un modelo apropiado para los servicios públicos. El modelo de cm de corretaje es más empleado por aseguradoras privadas, que pretenden reducir al máximo el uso de servicios –aunque obtienen a veces resultados opuestos a los deseados (Franklin, 1988)–. Con el desarrollo de esta nueva organización de los servicios surge una nueva figura, el case manager –gestor de casos– cuyos cometidos también serán bien distintos según el programa en que se incluyan (Lamb, 1991; Intagliatta, 1992; Seldg *et al.*, 1995; Ridgely *et al.*, 1996)³.

Al exportarse, el TAC fue modificándose; a veces en aspectos sustanciales. Un cambio muy importante es el paso de la organización de la tarea del equipo al profesional individual. Tal es el caso de su aplicación en Spokane, una localidad de Washington: la carga del seguimiento del paciente se depositó en un profesional y no en el equipo, que desarrolló la mayor parte del trabajo en su despacho, y no en el medio. Se aplicó sobre psicóticos jóvenes, muy recidivantes. Entre sus resultados –tras cinco años de seguimiento– cabe destacar que junto a la ya esperada disminución en el uso de días de hospitalización, obtuvieron un incremento notable en el uso de recursos residenciales supervisados (el triple que los pacientes del grupo control). Este resultado, similar a los que más tarde han ido encontrándose en otros estudios, alerta acerca de la importancia de los dispositivos residenciales disponibles como factor condicionante de la eficacia de los programas de seguimiento intensivo en la comunidad.

Los aspectos más determinantes de los distintos modelos son: el trabajo individual o en equipo, la proporción de pacientes por profesional, la garantía de continuidad de cuidados y la intensidad del compromiso –y de la actividad– clínica que se asume o que se deriva a otros servicios externos, concertados.

De las distintas dimensiones de cada modelo que ha ido surgiendo nos puede dar idea el esquema de la tabla.

RASGOS DIFERENCIALES DE MODELOS DE CUIDADOS COMUNITARIOS
(MUESER 1998, MODIFICADO)

Característica	Corretaje	CM Clínico	Fortalezas	Rehabilitación	TCA	CM Intensivo
Proporción prof: pac	1:50 (?)	1:30 +	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Seguimiento activo	bajo	bajo	moderado	moderado	alto	alto
Casos compartidos	no	no	no	no	sí	no
Cobertura 24 horas	no	no	no	no	frecuent	frecu
Énfasis en entrenamiento en habilidades	no	bajo	moderado	alto	moderado	mod
Frecuencia de contacto con pacientes	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Lugar de contacto	clínica	clínica	comunidad	clínica/com	comunidad com	
Integración de tratamiento	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Provisión directa de servicios	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Población diana	PMG	PMG	PMG	PMG	PMG hiperfrecuentadores	PMG

En cualquier caso, el tipo de responsabilidades que se adscriben al equipo o al gestor del caso son las siguientes (Stein y Test, 1980; Test y Stein, 1993; Holoway *et al.*, 1995; Mueser *et al.*, 1998; Phillips *et al.*, 2001).

- Identificación de pacientes y filtro de acceso al programa.
- Evaluación de necesidades.
- Facilitar el “enganche” y resolver sobre las barreras de acceso.
- Actuar como “agente” del paciente.
- Defensa de los servicios necesarios para los pacientes (accesibilidad, calidad).
- Coordinar las distintas intervenciones (bien sean las realizadas por el propio equipo, en el caso TCA, bien las efectuadas por otros).
- Planificar el conjunto de intervenciones adecuadas para cada paciente, conjuntamente con los responsables clínicos (especialmente cuando el gestor del caso no es un clínico).
- Atención clínica directa (grandes variaciones según modelos)

El profesional individual en el centro de la red, coordinando todas las actividades es el paradigma de los distintos programas de case management. El equipo, lo es del TCA. En algunos programas de CM intensivo varios profesionales comparten sus respectivos casos, por lo que en la práctica son muy similares a los de TCA (Issakidis, 1999).

³ Para ampliar información se recomienda consultar Thompson, de 1990 (104), Halloway de 1995 y Mueser de 1998, además de número monográfico sobre este tema de la revista Santé Mentale à Québec (1998: 23), y Phillips, 2001.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS⁴

En la revisión de Mueser se contabilizan 75 estudios que informan de resultados de la aplicación de los programas, de los que casi la mitad se refieren a estudios experimentales con grupo control. Posteriormente se han publicado algunos más, siendo especialmente interesantes los publicados recientemente en el *British Journal of Psychiatry* a los que hemos ido haciendo referencia más arriba.

En esa revisión se reagrupan los distintos programas con resultados publicados en tres grandes grupos (tabla 5), y se analizan conjuntamente los resultados del TCA y del CMI por considerar que la única diferencia notable entre ambos es la responsabilidad de la tarea, en equipo o en un profesional (a pesar de que tanto Test como Stein hayan expresado en más de una ocasión su opinión contraria a que el TCA sea considerado una variedad de "gestión de casos")⁵.

Los programas de cm de corretaje y cm clínico apenas han sido puestos a prueba en estudios tipo ensayo clínico, aunque sí se han publicado estudios descriptivos:

La valoración de Franklin sobre la aplicación del primer modelo (de corretaje) en Texas (donde el gestor de casos tiene específicamente contraindicado efectuar actividad clínica) es que la coordinación de servicios por sí misma no tiene un impacto significativo sobre la reducción de los ingresos ni sobre la calidad de vida (aunque sí sobre la satisfacción de los pacientes). Concluye comentando que "la gestión de casos" no puede estar disociada de su escenario de operación y su eficacia está unida a la disponibilidad de recursos" (Franklin, 1988).

En cuanto al modelo de cm clínico el estudio más amplio es el de Ridgeley (1996) (incluye algunos cm intensivo CMI), que revisa 41 programas de cinco grandes ciudades, lo que abarca 1.800 pacientes ("clientes") y 414 gestores de casos (cabe destacar que en cuenta una tendencia generalizada de los gestores de casos a acabar proporcionando la atención clínica principal –aún cuando ése no fuera su propósito– ante el fenómeno de las listas de espera y la carencia de recursos en los servicios de apoyo, al igual que en los de alojamiento o inserción laboral). Los resultados de la mayor parte de esos casos sobre la frecuencia de hospitalización y otros parámetros ofrecen ventajas discretas o inapreciables frente a la atención habitual en los centros.

a) En cuanto a los programas más intensivos y completos (TCA y CMI)

⁴ Dado el uso impreciso de los términos y las descripciones poco detalladas sobre aspectos prácticos de la aplicación de los programas, es difícil hacer comparaciones rigurosas. Otras dificultades añadidas son el inevitable efecto "experimental", que generalmente ofrece mejores resultados que en la aplicación rutinaria de los mismos programas, la dificultad en controlar todas las variables que intervienen. Por otra parte, faltan estudios "de segunda generación", que comparen la eficiencia de dos variantes de programas CM y TCA. Sólo dos confrontan resultados de c.m.clínico y c.m. intensivo (CMI) (Issakidis et al., 1999; Borland et al., 1989).

⁵ En ocasiones, las diferencias entre programas son tales que en algunos aspectos pueden considerarse contrapuestos –especialmente entre el ACT y la gestión de casos (modelo corretaje)–. Los programas ACT son llevados a cabo por equipos multiprofesionales que asumen la responsabilidad de atender todas las necesidades (clínicas y sociales) que presentan los pacientes, ofreciendo cobertura 24 horas al día los 7 días de la semana, trabajando en directo sobre el terreno (80% del trabajo fuera del despacho) y con una baja proporción de casos por profesional (media de 120 pacientes para equipo de 10 profesionales... máximo 18), frente al gestor de casos que evalúa, deriva y hace un seguimiento coordinado de las intervenciones de otros, recayendo la responsabilidad de la gestión en un sólo profesional, que realiza su tarea fundamentalmente en el despacho, y se encarga de un amplio grupo de pacientes (1/50). No es extraño que los resultados sean también distintos, por lo que los comentaremos aparte.

1. El resultado más consistente desde los primeros estudios es que los pacientes atendidos por programas de seguimiento intensivo (TAC o CMI) pasan mucho menos tiempo en el hospital y mantienen mayor estabilidad en su domicilio (ya sea domicilio familiar, individual, o residencial con algún tipo de apoyo). En Dane tienen menos pacientes de larga estancia (10 por 100.000 frente a los 50-75 de la media en los Estados Unidos). Existen sin embargo variaciones importantes en cuanto a la hospitalización: lo más frecuente es una drástica reducción en el número total de días que pasan los pacientes en el hospital, tanto por menor frecuencia de ingresos como por estancias más breves; pero no siempre es así, como vimos que ocurrió en la experiencia inglesa (Marks et al., 1994).

2. Los pacientes tienen mayor capacidad para llevar una vida independiente, con menos vagabundeo en la calle o situaciones de abandono (Goering et al., 1988; Thompson et al., 1990; Rösler et al., 1992; Solomon y Draine, 1994; McGrew et al., 1995; Pollack, 1997; Mueser et al., 1998).

3. Otro resultado claramente favorable es el nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Ambos parecen preferir la atención centrada en cuidados comunitarios que en el hospital. En algunos casos, los propios investigadores comentan su sorpresa por la buena respuesta de los familiares ante estos programas. El rechazo que a veces han expresado los familiares ante la desinstitucionalización se modifica sustancialmente ante programas tipo TCA que se ocupan seriamente de atender las necesidades reales de los pacientes y suponen un importante factor de protección frente a los efectos del estigma social y frente al riesgo de abandono.

4. También mejoran los indicadores de calidad de vida; en la mayor parte de los trabajos en concordancia con el menor tiempo en el hospital y mayor estabilidad en el domicilio (UK 700 Group, 1999; Sainfort et al., 1996). Los primeros resultados del ambicioso trabajo inglés sobre eficacia de los programas comunitarios intensivos (UK 700 Group, 1999), se refieren a factores predictores de la calidad de vida: Encuentran que las necesidades básicas no satisfechas (vivienda, comida, dinero), junto con variables clínicas (especialmente la depresión) y situación social (necesidad de compañía, de sexualidad compartida y de relaciones íntimas) son los factores que explican la mayor parte de la varianza con la calidad de vida. Insisten por ello en la necesidad de que los clínicos formen parte de los equipos comunitarios.

5. En cuanto a las complicaciones judicial-penitenciarias, han sido valoradas en diez estudios, informando dos de ellos de menos complicaciones y menos tiempo en la cárcel para los paciente en programas TCA, no habiendo variaciones sustanciales en otros siete. Sólo en la primera experiencia en Madison (Marx et al., 1973) los pacientes de programas comunitarios pasaron más tiempo en la cárcel que el resto –que pasaron la mayor parte del tiempo en el hospital, sin apenas oportunidad para delinquir.

6. En lo que respecta al ajuste social, los resultados favorables –valorando calidad de relaciones sociales y desempeño de roles– se encontraron en las primeras aplicaciones de estos programas, sin que en muchos otros posteriores se hayan mantenido esas ventajas de forma clara. Esta ausencia de mejoría resulta sorprendente teniendo en cuenta que el ajuste social es uno de los principales objetivos de estos programas. Se han aducido problemas metodológicos (adecuación de los instrumentos de medida, duración relativamente breve, meses o pocos años, de las situaciones experimentales), y también posibles explicaciones en el propio contenido del programa: algunos autores han señalado que en ocasiones la supervisión sobre las actividades de los pacientes puede ser excesiva e inducir una cierta pasividad.

7. En cuanto a empleo y actividades "vocacionales" tampoco hay resultados favorables concluyentes, ni tan siquiera en el grupo de 122 pacientes seguidos por Test durante siete años. La propia autora achaca estos pobres resultados a que no se incluyeran de forma específica y programada actividades en este área, lo que recomienda hacer en el futuro. De

hecho las tres publicaciones que informan de buenos resultados de cara al empleo se referían a programas que habían incluido una intensa actividad en lo laboral, centrada especialmente en aprovechar al máximo las oportunidades de empleo en la comunidad.

8. Al valorar el impacto sobre los síntomas, en la mitad de los estudios se observa una reducción significativa, y en ningún caso peor evolución que con tratamiento estándar. El objetivo principal de los programas de seguimiento no es la reducción de síntomas per se, aunque podrá ser una de sus consecuencias. La reducción de síntomas fue más relevante en los primeros estudios, lo que no ha sido claramente explicado. Quizás existe algún sesgo en la preselección de pacientes (cada vez más a menudo se incluyen pacientes muy cronificados y muy recidivantes). En todo caso, esto indica la necesidad de que los programas comunitarios se combinen adecuadamente con las técnicas terapéuticas más eficaces.

9. Otros aspectos importantes en la clínica, como la adherencia al tratamiento, ha sido valorado pocas veces, informando de importantes progresos en la adherencia en la mitad de las ocasiones, y falta de cambios significativos en el resto (Mueser et al., 1998; Kemp et al., 1996; Corrigan et al., 1990). Algunos autores señalan que el que los pacientes pasen menos tiempo en el hospital sugiere que los pacientes se adhieren mejor a los tratamientos.

10. Los programas de seguimiento intensivo se han aplicado con buenos resultados en subgrupos específicos de población: en pacientes "sin hogar", que viven en las calles y peregrinan por albergues y hospitales (Drake et al., 1997; Lehman et al., 1997; Morse et al., 1997), en pacientes psicóticos con problemas sobreañadidos de abuso o dependencia de drogas (Bond et al., 1991) y, en programas específicamente dirigidos a facilitar el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, con el propósito de mutua potenciación entre la intervención comunitaria y la estrictamente clínica –también con muy buenos resultados en la evolución global de los pacientes (McFarlane et al., 1995; McFarlane et al., 1996; Alanen et al., 1991; Becker y Thorncrft, 1998; Scout y Dixon, 1995).

11. Desde el punto de vista del coste-efectividad, distintos informes apuntan a resultados francamente favorables: no se produce ahorro, sino mejor calidad de vida con un gasto muy similar – lo que no se puede esperar es en proporcionar una buena atención comunitaria con un gasto mucho menor que el que habría originado el paciente en el hospital (Weistbrod, Test y Stein, 1980; Rosenheck et al., 1995). Ya en la evaluación de la experiencia original del condado de Dane se encontró que no se produjo ahorro, pero sí un cambio radical en el reparto del mismo, de modo que en su caso el gasto destinado al cuidado comunitario extrahospitalario fue del 85% (el resto, hospitalario) – los dólares siguieron a los pacientes-. Otros autores refieren resultados similares.

b) En cuanto a los programas de case management

Los programas de "gestión del caso" propiamente dichos, donde el "gestor" se limita a tareas de coordinar la administración de servicios que efectúan otros, su pertinencia y eficacia depende de la accesibilidad y calidad de los servicios con los que opera, y del grado de fragmentación, cuando no franca incompatibilidad de modelos o intereses, de los distintos equipos y agencias que tiene que coordinar. Por esto, los resultados son bien dispares según distintas experiencias. En unos casos, como muestra el análisis de resultados del programa en Texas, donde explícitamente se pretende que el gestor no asuma (al menos en teoría) responsabilidad ni tarea clínica alguna, se consiguen más estancias hospitalarias que con atención estándar. Y, a tenor de los resultados del estudio del grupo Chocrane, las estancias hospitalarias son globalmente mayores en estos programas.

Además, por lo general se aplican en empresas aseguradoras en la que se traslada el peso del seguimiento al área administrativa-control de gasto, sin que se prioricen los beneficios clínicos-, por lo que no es extraño el recelo de los profesionales a aceptar estos programas.

Lo que uno se plantea ante estos informes es la pertinencia de modelos centrados en la contratación de servicios a múltiples agencias privadas, frente a la cada vez más clara necesidad de servicios integrados con mínima fragmentación y mínima concertación de servicios externos.

Por otra parte, parece claro que el "gestor de caso" puede jugar papeles bien distintos según la organización sanitaria en la que se aplique: en redes de servicios privados o concertados, donde el riesgo de desconexión es tan grande, está llamado a ocupar el espacio de coordinador de múltiples intervenciones, en cada momento y a lo largo del tiempo, con los riesgos antes señalados y dejando abierta la cuestión de cómo dirimir los posibles conflictos de intereses, de objetivos, o de expectativas entre pacientes, familiares, clínicos y gestores. Su eficacia real dependerá en gran medida de la relevancia funcional que se le adjudique por cada uno de las partes implicadas. Las experiencias en las que se ha contado con expacientes como gestores de casos no parece que hayan mejorado mucho los resultados (Felton y cols 1995).

Los ingredientes esenciales

Hemos visto que los programas comunitarios que parecen proporcionar mejores resultados son los de tipo TAC. Ante el escaso desarrollo de estudios de segunda generación (comparación de la eficacia y eficiencia de distintas modalidades), la valoración global no puede ser sino tentativa, ya que los efectos favorables tanto pueden deberse al hecho de prestar una atención comunitaria o domiciliaria, como al trabajar con un abordaje centrado en los problemas, o el proporcionar aprendizaje en habilidades para la vida diaria, el mantener un seguimiento asertivo, o al hecho de que sea un equipo quien se hace cargo de todos los problemas en lugar de delegar en agencias diversa, u otros aspectos.

El que se asegure la continuidad e integralidad de los cuidados parece un ingrediente esencial; al igual que el trabajar "in vivo" y sobre el terreno. Otros aspectos sobre cuya importancia se ha insistido es la consistencia de la alianza terapéutica y los efectos de la intervención sobre la red social de los pacientes.

Ni el PTAC ni el CMI proponen intervenciones psicoterapéuticas específicas, y se ha evaluado poco la importancia de la relación interpersonal entre los profesionales y el paciente. Aún así, en la mayor parte de los casos, la relación es intensa y sostenida; e incluye muchos ingredientes inespecíficos de algunas modalidades de psicoterapia de apoyo (importancia de la relación interpersonal; intervención focalizada, centrada en aspectos prácticos, reforzando las defensas, propiciando nuevos aprendizajes –para afrontar situaciones de la vida diaria–, haciendo posible la identificación con los profesionales...), si bien el encuadre del tratamiento y de la relación (muy flexible) es bien distinto del habitual en psicoterapia. **La alianza terapéutica** ha ido cobrando cada vez mayor importancia como ingrediente que contribuye poderosamente a los resultados. Puede ser entendida como un fenómeno interpersonal que implica cierto grado de acuerdo sobre la relevancia percibida de las tareas definidas como terapéuticas y los objetivos de la intervención, y se sustenta en la fuerza de los vínculos interpersonales entre terapeuta y paciente (ej. mutua confianza y aceptación). Algunos autores consideran que la alianza es necesaria para llevar a cabo el tratamiento, pero no actúa como un factor de cambio por sí misma. Sea como factor mediador o por su influencia directa, su importancia parece fuera de duda. Algunos estudios ponen en evidencia la importancia de la alianza terapéutica en estos casos (Lam, 1980), de modo que los pacientes valo-

ran más la calidad de la relación con el “gestor” que otros aspectos de la estructura del programa (Solomon, 1994), y otros han demostrado la correlación entre calidad de la alianza terapéutica y resultados de los programas de seguimiento (Neale y Rosenheck, 1995; Quinlivan et al., 1995). Aún en otros casos se ha encontrado correlación entre algunos parámetros específicos de la relación (comprensión, criticismo), y resultados (frecuencia de hospitalización o estabilidad en el trabajo) (Pruebe y Gruyters, 1993).

En cuanto a las redes sociales, se ha señalado que el propio equipo se constituye para muchos pacientes como una red de protección, que operaría como tampón frente a situaciones de estrés (según el modelo de vulnerabilidad-estrés para esquizofrenia), de modo análogo a la familia u otras redes de proximidad, y está abierta una línea de investigación respecto a la relación entre programas de seguimiento, redes sociales y resultados (Thornicroft y Breakey, 1991; Pescosalido et al., 1995).

Finalmente, también se ha señalado la mejor adherencia a los tratamientos –farmacológicos o intervenciones psicoterapéuticas– como factor mediador de la mejoría (Kemp et al., 1996; Corrigan et al., 1990). Y otros autores señalan la importancia de tener en cuenta el tipo de tratamiento clínico proporcionado; al fin y al cabo, los programas de seguimiento, aún con sus propios ingredientes terapéuticos, no dejan de ser un vehículo a través del cual los pacientes acceden a terapias específicas (Fernández Liria y García Rojo, 1990; Thornicroft et al., 1999).

La importancia de incluir a la familia en el tratamiento también aparece cada vez más como un ingrediente muy importante. McFarlane encuentra los mejores resultados (sobre aspectos clínicos y sociales, incluido mejoría en conseguir trabajo) al añadir tratamiento multifamiliar a los programas de seguimiento (Mc Farlane et al., 1996).

PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA DE LOS PROGRAMAS INTENSIVOS

1. PATERNALISMO –CONTROL– ETICIDAD PROBLEMÁTICA DE LA INTERVENCIÓN ASERTIVA

Se ha señalado como problemática la insistencia de los profesionales (“asertividad”) en que los pacientes no abandonen ni se desconecten, por el riesgo de sobrepasar las barreras de la autonomía de aquellos pacientes que parecen mostrar preferencia por vivir en condiciones precarias a mantener relaciones de dependencia con los profesionales (Thompson et al., 1990; Test, 1998). Y lo cierto es que este lema de la asertividad parece haber servido en más de una ocasión de parapeto para actuar expeditivamente con pacientes remisos a acudir a tratamientos (ej. en los programas de mantenimiento de retard “a toda costa” a los psicóticos que merodean por las calles de Nueva York).

De hecho la asistencia a un amplio grupo de pacientes con dudosa u oscilante “conciencia de enfermedad” (rechazan el tratamiento) se plantea como un difícil equilibrio entre el respeto a su autonomía, con la consiguiente aceptación del riesgo de recaídas (hospitalización, conductas delictivas), vs la opción de forzar la adherencia a tratamiento.

En la historia de la desinstitucionalización, no han faltado voces denunciando ambos extremos: Lamb ha denunciado el abandono, “justificado” como respeto a la libre voluntad de los sujetos pacientes (Lamb, 1993); otros denuncian la intromisión, “justificada” como

⁶ Quizás una expresión muy clara de esta connotación de “intervención expeditiva” que han tenido para algunos estos programas es la denominación con la que aparecen en la versión española de la reciente edición de “Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos” de la APA en la que a estos programas se les define como “Programa de Tratamiento Forzado en la Comunidad” (PTFC), cuyas connotaciones negativas no precisan, por obvias, mayor comentario en este momento.

defensa del derecho a la salud y por tanto al tratamiento –aún contra la voluntad– (Tompson et al., 1990)⁶. Otro tanto puede decirse respecto al manejo de la información personal en el equipo –se ha reconocido que no siempre se cuenta con el consentimiento explícito–... y hay dificultades reales: en el manejo de dinero, en la gestión de derechos sociales, etc. Interrogantes éticos que no queremos ahora sino señalar, y que son abordados más exhaustivamente en la ponencia específica sobre “Ética” que se presentará en el Congreso, y se publica en esta misma colección de textos.

2. ESCASAS REFERENCIAS A LA SUBJETIVIDAD

Es otra de las críticas frecuentes: ¿puede reducirse la problemática del paciente psicótico a encontrar alojamiento, tomar la medicación...?, crítica que también ha sido parcialmente asumida y parcialmente contestada por el propio Stein (Stein, 1990): acepta Stein la crítica, y la necesidad de que se mejore en lo posible el abordaje psicoterapéutico, aunque insiste en su perspectiva de que previo a cualquier otra consideración sobre la subjetividad es necesario garantizar el acceso de los pacientes a la cobertura de sus necesidades materiales y sociales básicas (–y al ejercicio real de sus derechos ciudadanos– añadimos, siguiendo a Roteli y tantos otros– (Roteli et al., 1987; Desviat, 1994; Rendueles, 1998; Fernández Liria, 1998; González Álvarez, 1998, Hernández Monsalve, 2000).

3. VULNERABILIDAD DE LOS PROGRAMAS: DEPENDIENTE DE LOS PROFESIONALES Y DE LOS ADMINISTRADORES

3.1 Riesgo de “queme” de los profesionales. Problema éste que ya viene siendo habitual al considerar los puntos débiles de cualquier sistema de atención a la salud. También en estos programas la posibilidad de desfundamiento es mayor cuanto mayores hayan sido las expectativas infundadas, la falta de concordancia entre objetivos y medios, cuando los programas se apoyan en exceso en el voluntarismo, o se despliegan al servicio de intereses de grupos –empresariales o políticos– que al menor descuido se desmarcan de los objetivos inicialmente declarados. En lo que respecta a programas o aspectos concretos, en unos casos será la soledad y sobrecarga con que trabaja el gestor del caso, que ha de batallar en medio de intereses no siempre coincidentes como explicamos hace un momento. En otros casos, la dificultad de trabajar en equipos inestables, con frecuentes rotaciones, y cuya continuidad suele depender de avatares financieros o políticos ajenos a la evolución de los programas asistenciales (Witheridge et al., 1982; Marks et al., 1994; Santos et al., 1991; Rendueles, 1992; Gervas, Hernández Monsalve, 1994).

3.2 LA DECADENCIA TRAS LA RUTINA

Ya hemos hecho mención de este problema en más de una ocasión: los programas novedosos consiguen muchas veces mejores resultados en los momentos iniciales, cuando se apuesta con ilusión por un proyecto, o cuando se lo está poniendo a prueba en un estudio experimental. No siempre estos proyectos (los equipos, los gestores) responden a la prueba de fuego de la rutina, de la falta de estímulos o de reconocimiento externo. El riesgo es entonces el repliegue en protocolos más menos meticulosos y en tareas administrativas, desactivando la relación con los pacientes y con la población.

3.3 Necesidad de contar con apoyos administrativos. El desarrollo de programas de salud mental comunitarios depende cada vez más de la voluntad de los gestores –que operan con criterios más técnicos o más políticos, según el lugar y circunstancias– y siempre con el señuelo del coste-efectividad, tanto en los servicios públicos como en los de mutua o con-

certados, de su convicción acerca de la idoneidad, grado de aceptación por la población, carácter no problemático de su implantación, y viabilidad financiera.

Santos y cols., tras larga experiencia en el desarrollo y estudio de este tipo de programas alertan sobre la necesidad de disponer de tiempo para constituir equipos bien conjuntados (no menos de dos años) y señalan muy especialmente el riesgo que significan los cambios políticos (el tiempo para que lleguen a las instancias político-gestoras las ventajas de nuevos programas –“transferir el conocimiento de los técnicos a los políticos”– no es menor de dos años, y el de poner en práctica los cambios organizativos necesarios para llevarlos cabo, otro tiempo similar. Cuando los responsables cambian cada cuatro años...?) (Santos et al., 1991).

PERSPECTIVAS ACTUALES

Las últimas aportaciones en el desarrollo de estos programas siguen las siguientes líneas:

1º Acotar lo mejor posible el tipo de programa apropiado para cada subpoblación a la que vaya dirigido. A la vista de los resultados expuestos parece bien establecido que para la población de pacientes más graves (por intensidad y persistencia de la discapacidad, o por la frecuencia de recidivas) los programas más apropiados son los del tipo TAC-CMI. Quizás para grupos de pacientes con mayor autonomía pueden ser suficientes programas tipo gestión clínica de casos.

Lo que parece a todas luces menos aceptable es el modelo de corretaje, centrado en la concertación de servicios a múltiples agencias privadas, con un gestor de casos como mero mediador administrativo. Cada vez parece más clara la necesidad de servicios integrados, con mínima fragmentación y mínima concertación de servicios externos.

2º Por quienes han acumulado más experiencia, se propone que los equipos incorporen profesionales un tanto especializados o con más experiencia en ciertas áreas: especialmente en dependencia a drogas y en preparación ocupacional-laboral. No tanto para que se ocupen de esos aspectos en exclusiva sino para enriquecer la capacidad de los equipos para intervenir en esos problemas sin necesidad de derivar a los pacientes.

3ª Algo similar puede decirse respecto a las intervenciones clínicas. Cada vez más se están poniendo en evidencia la eficacia de ciertas intervenciones con algunos tipos de pacientes (ej. variantes psicoterapéuticas y psicoeducacionales con pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otras psicosis, y con sus familiares; o las técnicas de entrenamiento activo en habilidades sociales). Los programas de seguimiento comunitario han de incorporar estas prácticas para mejorar su eficacia.

4º Los nuevos programas de intervención precoz en pacientes con síntomas premonitorios de esquizofrenia se apoyan en adecuaciones de programas tipo gestión de casos (clínico o intensivo) que facilitan el seguimiento continuado y el proporcionar tratamiento, especialmente psicológico –en ocasiones también farmacológico– a estas personas, obteniendo hasta el momento resultados muy prometedores (Edwards et al., 1999; Kulkarni, 1999).

5º En lo que respecta a nuestro país, cada vez se están disseminando más programas tipo TCA y CMI, y cabe esperar que su difusión vaya a más, dada la infraestructura que lo propicia –sistema público de salud e imperiosa necesidad de instrumentos organizativos que permitan el progreso y la consolidación de los cambios iniciados. En algunas comunidades autónomas (Cataluña y Madrid, entre otras) se intenta la generalización de estos programas con carácter normativo, si bien la dotación de personal, los presupuestos, y los recursos complementarios necesarios (ej. acceso a alojamiento) no están garantizados

Otras líneas importantes de desarrollo es la adecuación de programas tipo TAC a contextos asistenciales específicos como por ejemplo, para pacientes que viven en la calle (Bravo 2000 o para el ámbito rural (Navarro, 2003).

CONCLUSIONES

1. La primera, que hace a la globalidad, es que la atención comunitaria es una alternativa real a la hospitalización, pero no de cualquier manera: hemos revisado muchos de los requisitos precisos para ello. Aún se pueden ampliar un poco:

2. Junto a la disposición de los profesionales y de la población, es necesario el compromiso paralelo de políticos, administradores y gestores:

Es necesario el compromiso "filosófico" e instrumental de la dirección de la empresa –privada o pública– que presta el servicio (y de los trabajadores, y de sus organizaciones sindicales o gremiales). Hemos acumulado ya cierta experiencia sobre las limitaciones provenientes de este área: los programas comunitarios exigen una gran flexibilidad en la estructura del trabajo y de los equipos –desde la jerarquización funcional de los equipos hasta el horario, pasando por los roles profesionales y el tipo de tareas a asumir–; flexibilización incompatible con la rigidez administrativa, y con las reivindicaciones gremialistas.

3. Es necesario poder contratar para estos programas a profesionales que cumplan ciertos requisitos. Las cualidades personales e interpersonales de los profesionales son de importancia crítica para propiciar cambios. Los expertos sugieren clínicos con experiencia en un amplio rango de problemas humanos y que sean sensibles a aspectos culturales... Las características de los profesionales que correlacionan con mejores resultados son las siguientes: 1) alto nivel de compromiso con los paciente y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, 2) capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes de cada familia, 3) alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, 4) flexibilidad social e interpersonal, 5) experiencia del mundo real y de la vida en la calle, 6) confianza en sí mismo/a (Santos et al., 1991).

4. La continuidad y calidad de estos programas requiere facilitar suficiente formación y acceso a la supervisión de casos. Debemos aprender de la experiencia de varios lugares, especialmente en Canadá, donde se facilita formación previa específica a los profesionales que se incorporan al programa, y supervisión continuada.

5. Política pública de salud y suficiente soporte económico. De nuevo Santos llama la atención sobre la situación en EE.UU. al observar que son precisamente los estados con mejores sistemas sanitarios (coincide con estados pequeños y políticamente más estables) donde se han desarrollado los mejores programas asertivos, contando con el apoyo estatal. Es necesario mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios públicos para garantizar programas de atención comunitaria a los pacientes más graves (Mechanic, 1991). Un rápido vistazo a la experiencia en Italia, en Inglaterra y, sobre todo a nuestra propia experiencia en España, confirma la evidencia de que la situación política es un potente factor condicionante a este respecto.

Finalmente, huyamos de cualquier falsa expectativa: proporcionar una buena atención comunitaria a los pacientes requiere buena organización y preparación profesional, desde luego, pero no existen panaceas; tampoco los gestores de casos pueden enmascarar las deficiencias estructurales de fondo (se ha afirmado que en ocasiones no es sino una medida de corrección en el seno de un sistema desfalleciente "...el sistema de cuidados psiquiátricos en EE.UU. está dominado por la ley del mercado, que favorece la fragmentación y la especialización de los servicios". En nuestro caso, estamos en un momento decisivo para apostar por la supervivencia, y mejora de calidad, de los servicios públicos, como contexto que puede hacer posible este tipo de, al servicio de los pacientes que lo requieren de forma inaplazable.

BIBLIOGRAFÍA

- AEN. Hacia una salud mental de calidad. Ed AEN, Cuadernos Técnicos nº 2. Madrid 1999.
- AEN. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Ed AEN-Cuadernos técnicos, nº 6. Madrid 2002.
- Alanen, Y.O., Lethinen, K., Rääköläinen, V., Aatonen, J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr. Scandm.* 1991; 83: 363-372.
- Alexander, J.A., Lichtenstein, R.; D'Aunno TA, McCormick R., Muramatsu N., Ullman E. Determinants of mental health providers' expectations of patient's improvement. *Psiquiatr Serv.* 1997; 48: 671-677.
- Aparicio, V., Sánchez, A.E. Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *Revista AEN,* 1990; 10: 363-374
- Audini, B., Marks, I.M., Lawrence, R.E., Connolly, J. and Wantts, V. Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. *B. J. Psychiatry* 1994; 165. 204-210.
- Bacharch, L. A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hosp and Comm psychiatry* 1978; 29: 573-578.
- Bacharch, L. Overview: model programs for chronic mental patients. *Am J Psychiatry,* 1980; 137:1023-1031.
- Bachard, LI. On exporting and importing model programs. *Hosp Comm Psychiatry,* 1988; 39: 1257-1258.
- Becker, T., Thornicroft, G. Community care and management of schizophrenia. *Current opinion* 1998; 11: 49-54.
- Bond GR, Miller LD, Krunwied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs. A controlled study. *Hops Comm Psychiatry,* 1988; 39: 411-418.
- Bond, Gr., Witheridge, T.G., Wasmer, D., Dincin, J., McRae, S.A., Mayes, J., Ward, RSA. A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hosp Comm Psychiatry,* 1989, 40, 177-183.
- Bond, G.R., McDonel, E.C., Miller, L.D., Pensec, M. Assertive community treatment and reference groups: An evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabil* 1991; 15: 31-43.
- Borland, A., Mc Rahe, J., Lycan, C. Outcomes of 5 years of continuous intensive case management. *Hosp Comm psychiatry* 1989; 40: 369-376.
- Bravo, M.F. Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica. En Rivas, F. *La psicosis en la comunidad.* EDAEN 2000.
- Brekke, J.S., Ansel, M., Long, L., Slade, E., Weinstein, M. Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 248-256.
- Cangas, J. Case management: What is it and does it work? *PRIC* 1996; 1: 15-21.
- Castilla, A., López, M., Chavarría, V. et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista AEN,* 1998; 18:621-644.
- Creer, C., Sturt, E., Wykes, T. The role of relatives. En: *Long-term community care: experience in a London borough: Psychological Medicine. Monograph supplement* 1982; 2: 29-37.
- Corrigan, P.W., Liberman, R.P., Engle, J.D. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Comm Psychiatry* 1990; 41. 1203-1211.
- Deci, P.A., Santos, A.B., Hiott, D.W., Schoenwald, S., Dias, J.K. Dissemination of Assertive Community Treatment Programs. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 676-678.

- Dell'Acqua, G. Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental. *Psiquiatria* 1995; 7: 129-143.
- Dell'Acqua, G., Marsili, M., Zanusi P. L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *Santé Mentale Québec* 1998; 23: 148-170.
- Desviat, M. La reforma psiquiátrica. DOR. Madrid 1994.
- Desviat, M. La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. *RPIC* 1995; 1: 87-90.
- Drake, R.E., Yovetich, N.A., Bebout, R.R., Harris, M., McHugo, G.J. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 298-305.
- Edwards, J. Cocks, J., Bott, J. Preventive case management in first-episode psychosis. En: McGorry, P.D., Jackson, H.J. The recognition and management of early psychosis. Cambridge: Un Press 1999: 308-337.
- Falloon, I.R. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatr Serv* 1999; 50:615-618.
- Felton, C.J., Stastny, P., Shern, D.L., Blanch, A., Donahue, S.A., Knight, E., Brown, C. Consumers as peer specialists on intensive case management teams. Impact on clients outcomes. *Psychiatric Services* 1995; 46: 1037-1044
- FEMASAM. Manifiesto de las familias de los enfermos mentales crónicos de la Comunidad de Madrid. *Psiquiatria* 1994; 4: 222-226
- Fernández Liria, A. Los jóvenes nuevos crónicos. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma. Madrid 1992
- Fernández Liria, A., García Rojo, M.J. Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista AEN* 1990; 10: 65-76.
- Fernández Liria, A. Salud y capital. En: Álvarez Uría (comp.) op. cit., 233-237.
- Fernández Liria, A. Los programas de seguimiento y cuidados de los pacientes graves y crónicos: Un modelo de case management para la reforma psiquiátrica de Madrid. *RPPIC* 1995 1: 32-36.
- Franklin, J.L. Case management: A dissenting view. *Hosp Comm Psychiatry* 1988, 39: 921.
- Garant, L. La désinstitutionalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature. Québec 1985
- García, J. La creación de programas de rehabilitación en una red de servicios comunitarios de salud mental. En García, J., Heras, B., Peñuelas, E. Rehabilitación psicosocial: conceptos y estrategias. KRK. Oviedo, 1997: 13-30.
- Gater, R., Goldberg D., Jackson, G. et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychological Medicine* 1997; 27: 1325-1336.
- Gélinas, D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant des troubles mentaux graves. *Santé mentale Québec* 1998; 23: 17-47.
- Gisbert, C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Ed AEN. Madrid 2003.
- Gers, M., Goering, P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabil J* 1994; 18: 43-54.
- Goering, P.N., Waslenki, D.A., Farkas, M., Lancee, W.J., Ballantyne, R. What difference does case management make? *Hosp Comm Psychiatry* 1988, 39: 272-276.
- González Rodríguez, A. Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad. *Monografías psiquiátricas* 2001; 13 (2): 4-28.
- González Álvarez, O. La larga marcha por los derechos civiles de los enfermos mentales: la lucha continúa. En: Álvarez Uría, F. (comp.) op. cit., 238-263.
- Hankin, J. and Oktay, J.S. Mental disorder and primary mental care. NIMH. Rockville: Maryland 1979.

- Hanson, L., Björkman, T., Suensson, B. The assessment of needs in psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 285-293.
- Harvey, C.A. The Camden schizophrenic survey I. The psychiatric behavioral and social characteristics of the severely mentally ill in an inner London health district. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 410-417
- Hernández Monsalve, M. De los tratamientos asertivos al case management. *Psiquiatria* 1996; 8: 246-251.
- Hernández Monsalve, M. Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En: Álvarez Uría, F. (comp.) op. cit., 264-281.
- Hernández Monsalve, M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica ¿y algo más? En: Rivas, F. La psicosis en la comunidad. Ed. AEN. Madrid 2000: 131-190.
- Hernández Monsalve, M. La rehabilitación psicosocial en la encrucijada de la reforma psiquiátrica en España. La experiencia de Madrid. En: Verdugo y cols. Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Amarú. Salamanca 2002: 311-326.
- Hernández Monsalve, M. La psiquiatría comunitaria. En VV.AA. Imágenes de la psiquiatría española. WPA 2003 (en prensa).
- Holloway, F., Mc Lean, E.K., Robertson, J.M. Case Management. *Br J Psychiatry* 1991; 159:142-148.
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E., Carson, E., Carson, J. Gestión de casos. Una revisión crítica de las publicaciones de evolución. *European psychiatry* (ed. española) 1995; 2: 281-304.
- Holloway, F., Carson, J. Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998; 173:19-22.
- Hoult, J. Community care of the acutely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 137-144.
- Intagliatta, J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophr Bull* 1982; 8: 655-674
- Issakidis, C., Sanderson, K., Teeson, M., Johnston, S., Buhrich, N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 360-367.
- Jiménez Estévez, J.F., Moreno Küstner, B., Torres González, F., Luna del Castillo, J.D., Phelan, M. Evaluación de las necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades Camberwell. *Arch Neurobiol* 1997; 60: 113-124.
- Kulkarni, J., Home-based treatment of first-episode psychosis. En: McGorry, P.D., Jackson, H.J. The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge Un Press 1999: 206-225.
- Kanter J, Clinical case management: definitions, principles, components. *Hosp Comm Psychiatry* 1989; 40: 361-368.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everit, B., David, A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Br Med J* 1996; 312: 345-349.
- Knap, M., Beecham, S., Andersen, J., et al. The TAPS projects 3: Predicting the costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 661-670.
- Kuipers, L., McCarthy B, Hurry, J. et al. Counselling the relatives of the long-term adult ill. II. *Br J Psychiatry* 1990; 154: 775-781.
- Lam, H.R. Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 587-592
- Lamb, H.R. Therapist-case managers: more than brokers of services. *Hosp Comm Psychiatry* 1991; 42: 797-80.
- Leff, J. Care in the community. Illusion or reality? Wiley & Sons. Chichester 1997.

- Leff, J. Do long-stay patients benefit from community placement?. En: Freeman H and Henderson J. Op cit: 79-81.
- Leff, J. (ed.). Care in the community. Illusion or reality?. Wiley&Sons. Chichester 1997: 189-202.
- Lehman, A.F., Dixon, L.B., Kernan, E., DeForge, B. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 1038-1043.
- Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M., Maudini, G., McNamee, G., Lawrence, R.E. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Br J Psychiatry 1994; 165: 179-194.
- Marshall, M., Bond, G., Stein, L.I., Shepherd, G., McGrew, J., Hoult, J., Rosen A, Huxley, P., Diamond, R.G., Warner, R., Olsen, M., Latimer, E., Goering, P., Craig, T.K.J., Meisler, N., Test, M.A. PriSM psychosis study. Design limitations, questionable conclusions. Br J psychiatry 1999; 175:501-503.
- Marx, A.J., Test, M.A., Stein, L.I. Extrahospital management of severe mental illness: Feasibility and effects of social functioning. Arch Gen Psychiatry 1973; 25: 505-511.
186. Mechanic D. Strategies for integrating public mental health services. Hosp Comm Psychiatry 1991, 42:797-801.
- McCrone, P., Beecham, J., Knapp, M. Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. Br J Psychiatry 1994; 165: 218-221.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B. et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 679-687.
- McFarlane, W.R., Dushay, R.A., Stastny, P., Deakins, S.M., Link, B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatr Serv 1996; 47: 744-750.
- McGrew J.H., Bond, G.R., Dietzen Mckasson, M., Miller, Ld. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. Psychiatric Services 1995, 46: 696-701.
- McRae, J., Higgins, M., Lycan, C., Sherman, W. What happens to patients after five years of intensive care management stops? Hops and Comm Psychiatry 1990; 41: 175-179.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. Psychiatric Services 1997; 48: 497-503.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Resnick, S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 1998, 24: 37-74.
- Muijen Cooney, M., Stradhdee, G., Bell, R., Hudson, A. Community psychiatric nurse teams: Intensive support versus generic care. Br J Psychiatry 1994; 165: 211-217.
- Muijen, M. Mental health services: what works? En: Weller, M.P. and Muijen, M. Dimensions of community mental health care. Wp saunders. London 1993: 33-61.
- Muijen, M. Mental health services: what works?. En: Weller, M.P. and Muijen, M. Community Health Care. WP Sanders Company. London 1993.
- Navarro, D. Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. Revista de la AEN 2003; 23 (86): 105-122.
- Neale, M.S., Rosenheck, R.A. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. Psychiatric Services 1995; 46: 719-721.
- Pepper, B., Kirshner, M.C., Ryglewicz, H. The young adult chronic patients. Overview of population. Hosp Comm Psychiatry 1981; 32: 463-469.
- Pescosolido, B.A., Wright, E.R., Sullivan, W.P. Communities of care: A theoretical perspective on case management models in mental health. Advances in Medical Sociology 1995; 6: 37-79.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E. et al. Moving assertive community treatment into standard practice. Psychiatric Services 201; 52: 771-779.

- Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larose, S., Chartrand, D. Case management. Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal. Santé mentale Quebec 1998; 23: 93-118.
- Pollack, D., Linking mentally ill persons with services through crisis intervention, mobile outreach, and community education. Psychiatr Serv 1997; 47: 1450-1453.
- Priebe, S., Gruyters, T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. J Nerv Ment Dis 1993, 181: 552-557.
- Pyke, J., Nimigon, L., Robertson, V. Le Community Resources Consultants de Toronto: deux programmes de case management. Santé Mentale Quebec 1998; 23: 70-92.
- Quinlivan, R., Hough, R., Crowell, A. et al. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in a intensive case management program. Psychiatric Services 1995; 46: 365-371.
- Rendueles, G. La Psiquiatría como mano invisible del desorden neoliberal. En: Álvarez Uría, F. (comp.) Neoliberalismo vs democracia. 197-217. La piqueta. Madrid 1998.
- Rendueles, G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. Psiquiatría Pública 1992; 4: 115-129.
- Ridgely, M.S., Morrissey, J.P., Paulson, R.I., Goldman, H.H., Calloway, M.O. Characteristics and activities of case managers in the RWJ foundation program on chronic mental illness. Psychiatr Serv 1996; 47: 737-743.
- Rössler, W., Löffler, W., Fätkenhuer, B., Riecher-Rössler, A. Does case management reduce the rehospitalization rate? Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 445-449.
- Roteli, F., Leonardis, O., Mauri, D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados". Revista AEN 1987; 7: 165-187.
- Roteli, F., Leonardis, O., Mauri, D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados". Revista AEN 1987; 7: 165-187.
- Roteli, F. Tiempo de reabilitación. Boletín AMRP 1995; 4: 3-156. Sainfort, F., Becker, M., Diamond, R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. Am J Psychiatry 1996; 153: 497-502.
- Santos, A.B., Hawkins, G.D., Julius, B. et al. A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. Am J Psychiatry 1991; 42: 797-801.
- Scott, J.E., Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schizophr Bull 1995; 21: 657-688.
- Seldg, W.H., Astracham, B., Thomson, K. et al. Case management in Psychiatry: An analysis of tasks. Am J psychiatry 1995; 152: 1259-1265.
- Shanks, J. Services for patients with chronic mental illness: results of research and experience. En: Freeman, H. and Henderson, J. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. London. Gaskell 1991 (45-56).
- Slade, M. Needs assessment. Involvement of staff and users will help to meet needs. Br J Psychiatry 1994; 165: 293-296.
- Solomon, P., Draine, J. Satisfaction with mental health treatment in a randomized trial of consumer case management. J Nerv Ment Dis 1994; 182: 179-184.
- Stein, L. Comments by Leonard Stein. Hosp Comm psychiatry 1990, 41: 649-651.
- Stein, L. A systems approach to the treatment of people with chronic mental illness. En. Hallp and Brockington IF, The closure of mental hospitals. Gaskell. London 1991 (p. 99).
- Stein, L., Test, M.A. Alternative to mental health treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen psychiatry 1993; 150: 1447-1465.
- Tansela, M. Community care without mental hospital: ten year's experience. En: Tansela, Ed. Community based psychiatry: long term patterns of care in South Verona. Psychological Medicine. Mon sup 19; 1991: 47-48.

EMPLEO CON APOYO Y SALUD MENTAL

Miguel Ángel Verdugo y Borja Jordán de Urrés
Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)
Universidad de Salamanca

1. EL EMPLEO CON APOYO COMO HERRAMIENTA PARA LA NORMALIZACIÓN

La definición de Empleo con Apoyo de la que partimos entiende que es un *“empleo integrado en la comunidad dentro de empresas normalizadas, para personas con discapacidad que tradicionalmente no han tenido posibilidad de acceso al mercado laboral, mediante la provisión de los apoyos necesarios dentro y fuera del lugar de trabajo, a lo largo de su vida laboral, y en condiciones de empleo lo más similares posible en trabajo y sueldo a las de otro trabajador sin discapacidad en un puesto equiparable dentro de la misma empresa”* (Jordán de Urríes y Verdugo, 2001; Verdugo y Jordán de Urríes, 2001). Esta definición es perfectamente aplicable a las personas que padecen una discapacidad cuyo origen son problemas de tipo psicológico o psiquiátrico, las cuales están en una situación de desventaja social con especiales problemas para acceder al mercado laboral ordinario.

Las características más significativas del Empleo con Apoyo fueron resaltadas por Verdugo y Jenaro (1993):

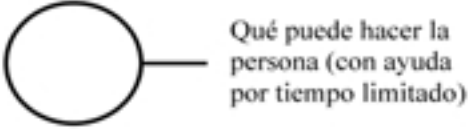


1. *Integración.* Oportunidad que se ofrece a las personas con discapacidad de trabajar junto a iguales sin discapacidad. La integración ha de realizarse a todos los niveles.
2. *Salarios y beneficios.* En relación directa a la categoría profesional desempeñada y al trabajo efectuado.
3. *Emplazamiento en el lugar de trabajo como paso previo al entrenamiento.* La formación es posterior a la colocación.
4. *Rechazo cero.* La gravedad de la discapacidad no debe ser criterio de selección.
5. *Apoyo flexible.* Determinado individualmente y a través de una amplia gama de servicios.
6. *Apoyo a lo largo de la vida.* Mientras sea necesario en la vida laboral del trabajador para que mantenga su empleo.

Bajo esta modalidad de inserción laboral subyace una filosofía y unos principios que la sustentan y que la diferencian de otras modalidades de inserción. Estos principios aparecen claramente reflejados por David Mank (1998):

- El trabajo tiene significado en nuestra vida
- Las personas con discapacidades significativas pueden trabajar
- Integración e inclusión son preferibles a segregación y exclusión
- La elección y la satisfacción son valiosas
- Desarrollo de carrera, no sólo de trabajos
- Crear apoyos individuales, no programas
- Énfasis en la Calidad de Vida

Esta evolución ha traído consigo un cambio del enfoque que progresivamente ha pasado de una selección de personas a una dinamización de recursos de la comunidad, de focalizarnos únicamente en la persona, a tener una perspectiva ecológica. Esta evolución podemos plasmarla en una tabla tal y como lo hace O'Brien en 1990 y que se presenta en el cuadro 1.

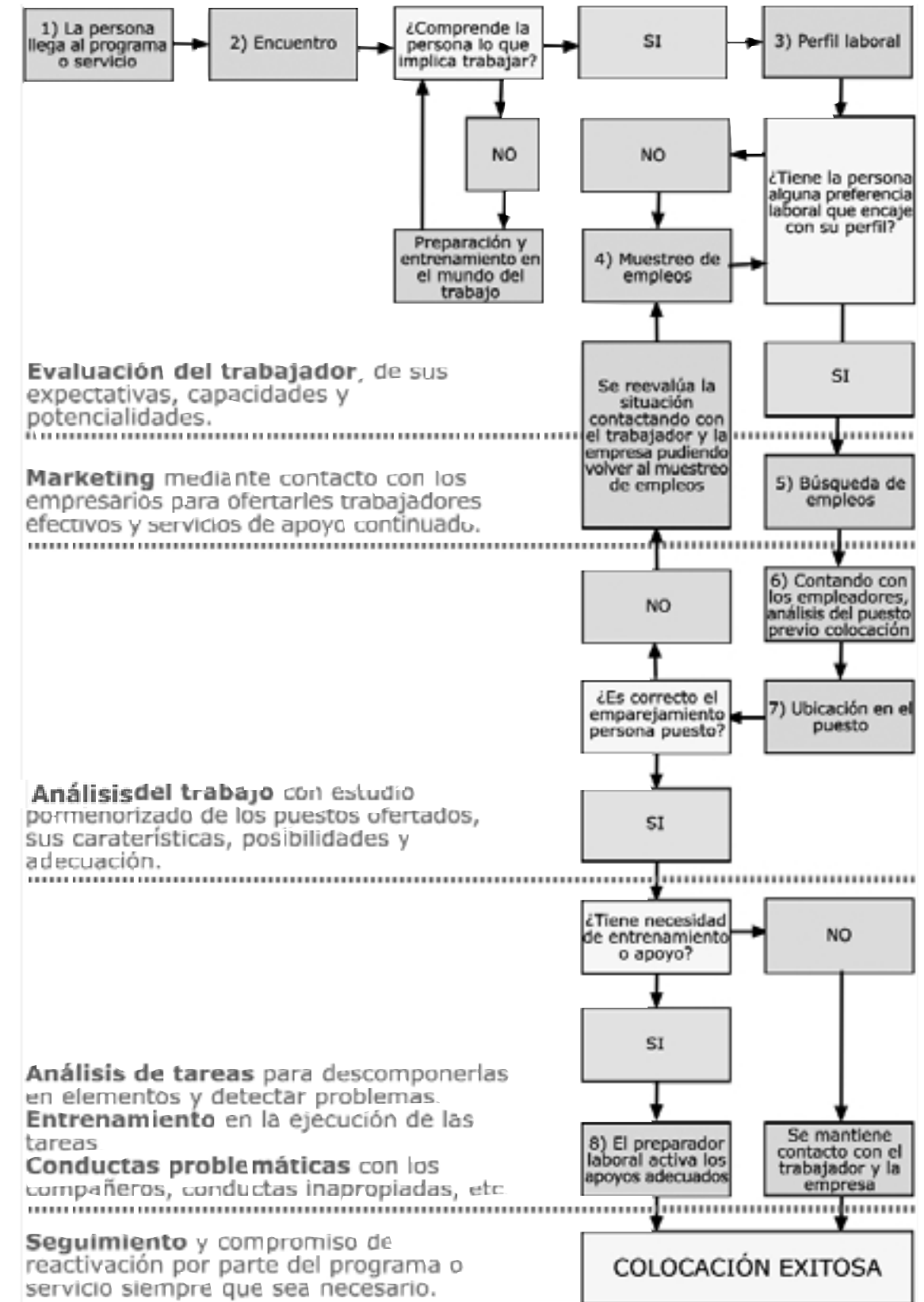
CUADRO 1. EL ENFOQUE CAMBIANTE DEL EMPLEO CON APOYO

Enfoque	Pregunta central
I. En la persona únicamente 	¿Quién está preparado para trabajar?
II. En la persona y en el preparador laboral 	¿Cuánta cantidad de ayuda puede ofertar el programa?
III. En los recursos sociales de la situación global 	¿Cómo podemos organizar los recursos disponibles para apoyar a la persona en su trabajo?

O'Brien (1990, p. 25)

El empleo con apoyo tiene un procedimiento con unos pasos claros y definidos que se presentan en el cuadro 2. El proceso tiene unos puntos críticos en relación al cliente, uno es si comprende las implicaciones de trabajar de manera que su elección sea personal y libre. Otro es si tiene o no una idea determinada del tipo de trabajo que desea y que se ajusta a sus capacidades. Otro más sería si se ha realizado un buen emparejamiento persona puesto. Finalmente, el último sería si la persona tiene necesidad de apoyo y para qué cuestiones concretas. En el cuadro hemos reflejado estos puntos críticos en color amarillo, los pasos a realizar en azul, y las acciones necesarias en morado. El verde y el rojo corresponden respectivamente a las opciones SI y NO.

CUADRO 2
ETAPAS TÍPICAS DEL PROCESO DE EMPLEO CON APOYO



Las fases de este proceso, a pesar de mantenerse más o menos estables desde el planteamiento inicial del modelo, sí han variado sustancialmente parejas al cambio conceptual que ha llevado a la persona con discapacidad a pasar de un rol de simple usuario de servicios a un rol de consumidor, en el cual las aportaciones, indicaciones, aspiraciones y demandas de la persona son fundamentales. Se trata de poner en manos del cliente el control de su propio proceso integrándole en el mismo como pieza fundamental, de darle una oportunidad real de realizar elecciones, y en definitiva de poder alcanzar la autodeterminación.

En ese proceso juegan un papel fundamental una serie de elementos. El *marketing*, o la manera de presentar a la persona con discapacidad como válida y eficaz. El *análisis del trabajo*, que nos permite mediante la recopilación de información y una observación continuada y estructurada, determinar cuáles son los elementos fundamentales del empleo que estamos manejando. El *diseño y análisis de tareas*, que nos va a permitir descomponer aquellas tareas en las que el trabajador encuentre especial dificultad, en pequeños elementos, que nos faciliten la estructuración de un entrenamiento específico. El *entrenamiento de precisión y de autonomía*, utilizando técnicas conductuales que faciliten al trabajador la distinción de señales naturales que le indique el avance o el cambio en una determinada tarea, y que le proporcionen el mayor grado de autonomía posible, desarrollando en lo posible los "apoyos naturales" (Butterworth et al., 1996; Hagner, Butterworth y Keith, 1995; Hanley-Maxwell y Whitney-Thomas, 1995; Hughes y Kingsford 1997; Jordán de Urríes, 2000; Kregel y Wehman 1996; Mank, 1997; Mank, Cioffi y Yovanoff, 1997a, 1997b, 1998, 1999, 2000; NIDRR, 1993; Olson et al., 2000; Storey y Certo, 1996; Test, 1994; Wehman y Bricout, 1999b). Y finalmente el *afrontamiento de conductas problemáticas* dentro del lugar de trabajo, ya sea por su peligrosidad para la persona, para los compañeros, o simplemente por que sean culturalmente inapropiados en un determinado lugar de trabajo.

2. EL APOYO COMO PIEZA FUNDAMENTAL

Los apoyos son los elementos necesarios para que el trabajador pueda suplir los déficits derivados de su discapacidad, y afrontar de manera exitosa su empleo. Estos apoyos pueden provenir de diferentes fuentes que el especialista de empleo en la comunidad ha de controlar y manejar para poner al servicio del cliente. En la tabla 1 presentamos, tal y como lo hacen Wehman y Bricout (1999a), las diferentes fuentes de apoyo disponibles en el trabajo en función de cuál es el agente mediador. Esta taxonomía sería extensible a otros ámbitos de la comunidad con ligeras variaciones en función de la causa que genere la necesidad de apoyo.

El desarrollo de los apoyos habrá de tender a ser lo más natural posible, aunque sobre la cuestión de los apoyos naturales profundizaremos más adelante. Es fundamental señalar que tan importante como es el preparador laboral para el éxito de los apoyos, y tan críticas como son las tecnologías y estrategias de apoyo utilizadas, todo ello pivota sobre la participación activa y el liderazgo del consumidor. Sin la experiencia, ideas, y feedback de la persona con discapacidad, no serían desarrollados los apoyos laborales adecuados.

TABLA 1
TAXONOMÍA DE LOS APOYOS EN EL TRABAJO

Agente mediador	Tipo de apoyo
Apoyo proporcionado por agencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia del preparador laboral (entrenamiento especializado) 2. Estrategias compensatorias (para salvar las diferencias entre las demandas ambientales y las capacidades del trabajador como ayudas para memorizar los pasos de una tarea) 3. Tecnología de asistencia (desarrollos tecnológicos y adaptaciones que capacitan a algunas personas con discapacidad para contribuir y participar en las diferentes facetas de la vida laboral igual que los compañeros sin discapacidad) 4. Servicios de agencias especializadas (consejo, servicios para abuso de sustancias, servicios médicos, transporte especializado, rehabilitación profesional)
Apoyos proporcionados por el mundo laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración del trabajo 2. Acomodaciones del lugar de trabajo (tecnología de asistencia, modificación de tareas, modificación del ambiente, etc.) 3. Apoyo de compañeros de trabajo y empleadores (entrenamiento en tareas y apoyo) 4. Creación de empleos 5. Programas de asistencia a los empleados (de retorno al empleo, de gestión de la discapacidad y rehabilitación, de apoyo supervisado, entrenamiento, evaluación, prevención integral, etc.)
Apoyos proporcionados por el gobierno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivos a la contratación 2. Exenciones fiscales 3. Legislación específica
Apoyos proporcionados por la familia y la comunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistir al cuidado personal 2. Apoyo psicosocial 3. Entrenamiento de habilidades 4. Desarrolladores de empleo y de iniciativas de empleo con apoyo 5. Utilización de redes familiares, amigos y vecinos 6. Grupos de iguales como vías de autodeterminación

Wehman y Bricout (1999a, p. 5)

Desde esa filosofía de los apoyos deben desarrollarse unas buenas prácticas que se plasman en unos indicadores de logro concretos que nos proporcionan la medida en la que el programa de empleo con apoyo está siendo efectivo. Podemos ver ambos en la tabla 2.

TABLA 2.
BUENAS PRÁCTICAS E INDICADORES DE LOGRO

Buenas prácticas	Indicadores de logro
<i>Con el trabajador y la familia</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Clarificación de intereses y capacidades • Planificación amplia • Elección por el consumidor • Implicación de la familia • Apoyos individualizados • Entrenamiento individualizado • Desarrollo de carrera 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de los sueldos (cuantía) • Aumento de las habilidades del trabajador (número y variedad) • Incremento de oportunidades de trabajo (número de ofertas al trabajador) • Aumento de las oportunidades de interacción (número de interacciones) • Aumento del compromiso de la familia (número de acciones participadas) • Aumento de la competencia personal (independencia progresiva)
<i>Con los empleadores</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Asociaciones con los empleadores para conseguir objetivos comunes • Desarrollo de empleo y marketing de venta de los servicios • Utilizar recursos presentes en la empresa • Desarrollo de más empleos con roles positivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la variedad de negocios de la comunidad con presencia de empleo con apoyo (número) • Aumento de la implicación del empleador (número de contactos, iniciativas conjuntas, resultados) • Aumento de la implicación de los compañeros (tiempo, número de tareas) • Aumento del apoyo del mundo laboral teniéndoles en cuenta (mejoras de diseño de puestos, de selecciones)
<i>Con la organización</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de objetivos que evoluciona • Desarrollo de equipos • Obtención de datos para evaluar y mejorar • Roles profesionales dinámicos • Priorizar los servicios en la comunidad • Tener claro quién es el consumidor 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión en servicios en la comunidad (presencia de mayor número de servicios integrados en la comunidad dentro de la organización) • Aumento del desarrollo de grupos de trabajo (número de grupos y de trabajadores implicados dentro de la organización)
<i>Generales</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Financiación de servicios en la comunidad • Políticas activas de empleo • Implicación de agentes de la comunidad • Escuela como primer recurso de acceso al empleo • Comunidad como un todo, visión ecológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de las oportunidades a las discapacidades más severas (número de trabajadores a los que se proporciona servicio) • Mejora de los apoyos (número, calidad, variedad, utilización de apoyos naturales)

3. PROGRAMAS O SERVICIOS DE EMPLEO CON APOYO EN SALUD MENTAL

Aún no son muchos los programas o servicios de empleo con apoyo que incluyen dentro de sus colectivos objetivo al de personas con problemas de salud mental. Menos aun son los que específicamente dedican sus esfuerzos a este colectivo.

La tabla 3 nos muestra los datos obtenidos en el último sondeo realizado entre los programas localizados de empleo con apoyo durante el 2003 como paso previo a próximo estudio a nivel nacional. De las respuestas obtenidas podemos ver que un total de 8 programas trabajan con el colectivo que nos interesa. Los servicios se distribuyen por varias Comunidades Autónomas, existiendo más de una iniciativa (dos en concreto) exclusivamente en Cataluña y Castilla y León. La mayoría surgen de la iniciativa privada y de las ONG aunque también aparecen propuestas realizadas desde la administración o en colaboración con ella.

Los datos recabados en este sondeo preliminar no nos permiten conocer el número exacto de usuarios con problemas de salud mental incluidos en los programas, ya que solamente se solicitó el número total de atendidos.

Finalmente merece la pena indicar que solamente existe un servicio centrado únicamente en el colectivo de personas con problemas de salud mental, ubicado en este caso en Madrid.

TABLA 3.
PROGRAMAS DE EMPLEO CON APOYO Y SALUD MENTAL

Denominación del Programa o Servicio	Entidad promotora	Localidad	Comunidad Autónoma	Tipos de discapacidad con los que trabajan	Numero total de usuarios atendidos en ECA	Usuarios potenciales del servicio
Zeharo	Grupo Gureak	Donostia	País Vasco	Intelectual - Física - Auditiva - Visual - Enfermedad mental - Otras discapacidades	254	1742
TRESC, Treball amb suport	TRESC (ASS. servei de support al treball per a persones amb discapacitat)	Girona	Cataluña	Enfermedad mental - Auditiva - Física - Visual	30	76
Grupo Lince Asprona (S.L.U.)	Asprona Valladolid	Valladolid	Castilla y León	Intelectual - Física - Auditiva - Enfermedad mental	200	200
Projecte Maragda y Projecte Heura	Departament de Treball	Reus	Cataluña	Intelectual - Enfermedad mental	30	75
Servicio de Empleo con Apoyo	Aspandem	San Pedro Alcántara	Andalucía	Intelectual - Física - Auditiva - Otras discapacidades - Desventaja Social - Enfermedad mental	44	44
Empleo con Apoyo	SINPROMI S.L.	S. C. de Tenerife	Canarias	Intelectual - Física - Auditiva - Enfermedad mental	102	718
Servicio de Orientación e Inserción Laboral (SOIL)	Fundación INTRAS	Zamora	Castilla y León	Enfermedad mental - Física - Intelectual - Auditiva - Visual	8	60
Proyecto empleo con apoyo para favorecer la inserción laboral de personas con enfermedad mental	Gabinete de trabajo social (Grupo 5) Comunidad de Madrid	Madrid	Madrid	Enfermedad mental	13	20

4. ALGUNAS REFLEXIONES DE CARA AL DESARROLLO DE SERVICIOS DE EMPLEO CON APOYO EN SALUD MENTAL

La eficacia del empleo con apoyo es generalizable a un amplio número de personas diferentes y en distintos lugares de la comunidad, apareciendo una serie de aspectos críticos para el éxito de estas experiencias en personas con enfermedades mentales severas (Bond et al., 2001; Bond et al., 2003; Drake, Becker, Bond y Mueser, 2003; López, 2003).

Los *componentes críticos* de las experiencias investigadas por Bond et al. (2001) son que: a) la agencia u organización proveedora de servicios tenga un claro compromiso con el empleo competitivo como meta posible para sus clientes con enfermedad mental, dedicando sus recursos a este fin y no al empleo protegido o a los centros de día; b) los programas de empleo con apoyo utilicen un enfoque rápido de búsqueda de trabajo para ayudar a obtener directamente el trabajo a sus clientes, en lugar de desarrollar extensas evaluaciones previas al empleo, entrenamientos para el mismo o asesoramiento sobre el tema; c) los clientes y el personal encuentren ubicaciones laborales individualizadas según las preferencias, capacidades y experiencia laboral de los clientes; d) el acompañamiento de apoyos se mantenga indefinidamente; y e) el programa de empleo con apoyo esté muy integrado con el equipo de tratamiento de salud mental.

Cuando se ha medido la *calidad de los programas* de empleo con apoyo para personas con enfermedad mental severa por parte de Bond et al. (2003) se ha encontrado que, a pesar de la extensión de los programas en diferentes lugares de Norteamérica, existe un nivel medio de calidad en algunos indicadores de calidad: número de usuarios, trabajo en equipo de los especialistas en empleo, diferentes opciones laborales, asesoramiento a los consumidores de los programas, proporcionar opciones múltiples laborales y seguimiento del apoyo sin limitación temporal. Resulta de particular relevancia el desarrollo de sistemas integrales de atención en los que, siguiendo a Drake et al. (2003), se combinen los servicios clínicos y de empleo. Con esta combinación son los clínicos, y no los usuarios, quienes asumen la carga de la coordinación, consistencia y coherencia de los esfuerzos.

Otros aspectos relevantes, según nuestra opinión, a tener en cuenta al afrontar el mundo del empleo normalizado para el colectivo de personas con problemas de salud mental son:

1. Las barreras sociales y laborales creadas por el estigma de la enfermedad mental.
2. La adecuación de los puestos a la problemática de cada trabajador al objeto de que el trabajo sea una herramienta normalizadora y no un problema.
3. La gestión de momentos o periodos de crisis en función de las diversas patologías.

Cuando nos planteamos desarrollar servicios de empleo con apoyo para este colectivo, debemos tener en cuenta algunos *elementos fundamentales*:

1. Desarrollar una planificación centrada en la persona para lo que trataremos de desarrollar una evaluación en ambientes reales desde una perspectiva ecológica y con el objetivo del empleo, que nos sirva para desarrollar un perfil del cliente, minimizando limitaciones y maximizando capacidades.
2. Flexibilidad del diseño de puestos de trabajo, formulas de contrato, horarios y salario por rendimiento, de manera que el trabajo no sea un obstáculo o un problema para el trabajador y no se convierta en elemento generador de crisis.
3. Utilizar apoyos naturales como herramientas de integración de la persona en el empleo minimizando la presencia del especialista. Este tipo de apoyos, en concreto los compañeros de trabajo, serán una pieza clave en la detección de indicios de crisis o en

la gestión de las mismas en el caso de producirse, siempre en función de cada patología.

Para todo ello deberemos contar con la figura de un *profesional* que muestre:

1. Conocimiento de la enfermedad mental y de las diferentes patologías.
2. Capacidad de apoyo en todas las áreas
3. Conocimiento sólido de la persona y de su patología concreta.
4. Capacidad de formar al trabajador, compañeros y supervisores
5. Capacidad de realizar un marketing efectivo y una "venta positiva" de las capacidades y solvencia de los trabajadores a los que representa.

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

- Bond, G.R., Becker, Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N., Lehman, A.F. et al. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Bond, G.R., Campbell, K., Evans, L.J., Gervery, R., Pascaris, A., Tice, S. et al. (2002). A scale to measure quality of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17, 239-250.
- Brooke, V., Wehman, P., Inge, K. J., y Parent, W. (1995). Toward a customer-driven approach of supported employment. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, December, 308-320.
- Butterworth, J., Hagner, D., Kiernan, W.E. y Schalock, R.L. (1996). Natural supports in the workplace: defining an agenda for research and practice. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 21(3), 103-113.
- Drake, R.E., Becker, D.R. y Mueser, K.T. (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 51-58.
- Hagner, D., Butterworth, J., y Keith, G. (1995). Strategies and barriers in facilitating natural supports for employment of adults with severe disabilities. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 20(2), 112-120.
- Hanley-Maxwell, C. y Whitney-Thomas, J. (1995). A survey of supported employment agencies' quality improvement practices and training needs. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 39(1), 25-41.
- Hughes, M. y Kingsford, M. (1997). A real job-with prospects: supported employment opportunities for adults with learning difficulties and disabilities. *FE Matters*, 1(13).
- Jiménez, A. y Huete, A. (2002). La discapacidad en España: Datos estadísticos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad
- Jiménez, A. y Huete, A. (2002). La discapacidad en cifras. Madrid: IMSERSO.
- Jordán de Urríes, F. B. (2000). O profesional dos serviços de intermediação para a integração laboral como gestor de recursos da comunidade (El profesional de los servicios de integración laboral como gestor de recursos en la comunidad). *Quinesia*, 29, 79-98.
- Jordán de Urríes, F. B. y Verdugo, M. A. (2003). *El Empleo con apoyo en España. Análisis de variables que determinan la obtención y mejora de resultados en el desarrollo de servicios*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Jordán de Urríes, F. B. y Verdugo, M. A. (2001). El empleo con apoyo en España. Una realidad consolidada. M. A. Verdugo, y F. B. Jordán de Urríes (Coordinadores), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 521-536). Salamanca: Amarú Ediciones.

- Kregel, J. y Wehman, P. (1996). Supported employment research: impacting the work outcomes of individuals with disabilities. *RRTC, Summer 1996*.
- López, M. (2003). La provisión de empleo y actividad a personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas desde Andalucía. En L. Lara y M. López (Eds.), *Integración laboral de personas con trastorno mental severo* (Borrador) (pp. 70-102). Sevilla: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- Mank, D. (1997). El proyecto de investigación de apoyos naturales se consolida. M. A. Verdugo, C. Caballo, F. B. Jordán de Urríes, M. Crespo, C. Jenaro, M. I. Tena, F. Sainz, y E. Díez (Compiladores), *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Libro de Actas* (pp. 63-74). Salamanca: Instituto de Integración en la Comunidad.
- Mank, D. (1998). Valores y empleo para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 29(4), 5-10.
- Mank, D., Cioffi, A. y Yovanoff, P. (1997a). Analysis of the typicalness of supported employment jobs, natural supports, and wage and integration outcomes. *Mental Retardation*, 35(3), 185-197.
- Mank, D., Cioffi, A. y Yovanoff, P. (1997b). Patterns of support for employees with severe disabilities. *Mental Retardation*, 35(6), 433-447.
- Mank, D., Cioffi, A. y Yovanoff, P. (1998). Employment outcomes for people with more severe disabilities. *Mental Retardation*, 36(3), 205-216.
- Mank, D., Cioffi, A. y Yovanoff, P. (1999). The impact of coworker involvement with supported employees on wage and integration outcomes. *Mental Retardation*, 37(5), 383-394.
- Mank, D., Cioffi, A. y Yovanoff, P. (2000). Direct supports in supported employment and its relation to job typicalness, coworker involvement, and employment outcomes. *Mental Retardation*, 38(6), 506-516.
- National Institute on Disability and Rehabilitation Research. (1993). Supported employment for people with severe mental retardation. *NIDRR Consensus Statement*, 1(5).
- O'Brien, J. (1990). *Working on... A survey of emerging issues in supported employment for people with severe disabilities*. Syracuse: Responsive Systems Associates.
- Olson, D., Cioffi, A., Yovanoff, P. y Mank, D. (2000). Gender differences in supported employment. *Mental Retardation*, 38(2), 89-96.
- Storey, K. y Certo, N. (1996). Natural supports for increasing integration in the workplace for people with disabilities: a review of the literature and guidelines for implementation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(1), 62-77.
- Test, D.W. (1994). Supported employment and social validity. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 19(2), 116-129.
- Verdugo, M.A., y Jenaro, C. (1993b). Una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 24(3), 5-12.
- Verdugo, M.A., y Jordán de Urríes, F.B. (2001a). *Panorámica del empleo con apoyo en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Verdugo, M.A., Jordán de Urríes, F.B. y Bellver, F. (1998). Situación actual del empleo con apoyo en España. *Siglo Cero*, 29(1), 23-31.
- Verdugo, M.A., Jordán de Urríes, F.B., Bellver, F. y Martínez, S. (1998). Supported employment in Spain. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 11, 223-232.
- Wehman, P. y Bricout, J. (1999a). Supported employment: critical issues and new directions. G. Revell, K. J. Inge, D. Mank, y P. Wehman (Editores), *The impact of supported employment for people with significant disabilities: preliminary findings from the National Supported Employment Consortium* (pp. 1-24). Richmond, VA: VCU-RRTC on workplace supports.
- Wehman, P. y Bricout, J. (1999b). Supported employment and natural supports: a critique analysis. G. Revell, K. J. Inge, D. Mank, y P. Wehman (Editores), *The impact of supported employment for*

Mesas Redondas

Capacitación (*Empowerment*) Grupal,
Organizacional y Comunitario

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL
EN LA COMUNIDAD Y CON LA COMUNIDAD

25 AÑOS DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD. IGUALDAD EN LA DIVERSIDAD

Ramón Blasi i Ras
Presidente de la asociación ARAPDIS. Barcelona

Esta **“Experiencia Alternativa en Prevención Terciaria en la Comunidad”**, integrando recursos **reglados y no reglados** con una **“Continuidad de Cuidados Comunitarios”**, en un **Modelo Integral Completo y Continuo**, hacía un **objetivo final**: La **NORMALIZACIÓN**, lo que conocemos como **“Calidad de Vida Comunitaria del Enfermo Mental Crónico”**, lleva **15 años** de evolución en plena actividad y desarrollo comunitario (Gráfico 3).

Pero en realidad es la **herencia** de más de **“25 AÑOS DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD”** de todo un **equipo interdisciplinar** en diferentes experiencias asistenciales siendo el **A.R.P.I.** la **tercera y definitiva**, al ser **integral, completa, continua y comunitaria** mediante los **recursos reglados** creados para ello y los **no reglados**, los **comunitarios y normalizados**, **reordenados y reorganizados** para cumplir con su **función de verdadera integración y participación comunitaria** (Gráfico 3).

Para una **“verdadera integración”** del **“Enfermo Mental Crónico (E.M.C.)”** en **“nuestra sociedad que es la de ellos”, “entre nosotros”** los considerados **“normales” e “integrados”** siempre entre **“comillas”** debemos **facilitar** que **vuelvan** donde **“siempre habían estado”** hasta la **“crisis”** y de donde quizá muchos **“no deberían haber salido”** y donde **“siguen los suyos y lo suyo”** (Gráfico 1).

Pero no solo se debe **“facilitar que vuelvan”** sino que a **“estos que vuelven”** y **“los que ya han vuelto o aún están”** no solo hay que **“recibirlos”** sino **“acogerlos”** pero además **“participar de todo y con todos”**, para que se **“estabilicen y mantengan”** logrando tener las mismas **“posibilidades y oportunidades”** para **“integrarse”, “como nosotros, con nosotros y donde nosotros”** (Gráfico 1).

Con una **“enfermedad de evolución crónica”**, con afectación no solo **clínica** sino también **social** y de ruptura **biográfica**, con unas expectativas de **sufriarla** de hasta un **1%** y **2.000.000** de nuevos **enfermos al año**.

No podemos en el **año 2000** seguir conformándonos con **términos o acciones**, como **compensar, ocupar** o **entretener** entre otros, o con **modelos** de **exclusión, cronificación, o progresión circular**, sino con **modelos alternativos, integrales, integrados, completos y continuados** de **creación y vinculación progresiva** en forma de **pirámide invertida** con un **principio** y un **final** (Gráfico 3 bis).

Se debe disponer de un **“camino”** de cobertura integral de los **“déficits”** de la **enfermedad del usuario**, de los **recursos**, su **familia** y su **entorno**. Este **“camino completo y continuo”** debe ir progresando hacia un **“final verdadero”** que permita **“caminar”** a **“todos por él”** y disponer de todos los recursos, los medios y el soporte para ello, para facilitar la **“igualdad de posibilidades y oportunidades”** de **“llegar”**, luego las **“circunstancias particulares”** de los **“caminantes”** marcarán unos **“resultados diferenciados”** sobre los **objetivos propuestos**.

Pero si hay **“camino”** es **completo** con los **medios necesarios** hasta un **final gratificador e integrador** de **igualdad**, tendrán muchas posibilidades de **“llegar”** y por lo tanto de **“recuperarse e integrarse”** demostrando que son capaces de aprovechar su **“oportunidad como nosotros y con nosotros”**.

Si no es así, cualquier otro **camino, modelo** o **recurso** no **integral, incompleto, no continuo, no comunitario**, sin los adecuados **recursos reglados y no reglados**, nos lleva a otra **“historia”**, quizás mejor que la **“institución”** o el **“aislamiento en el sofá de su hogar”** pero de nuevo creamos un **“modelo circular”** de tránsito, sin salida y entrada bloqueada y de nuevo volveremos a **“cronificar y frustrar expectativas”** a pesar de los mejores deseos.

Esta **“Área Integral de Recursos”** consta de **5 subáreas**, dos no asistenciales de soporte y otras tres asistenciales, la de **Convivencia**, la **Sociocultural** y la de **Rehabilitación, Capacita-**

ción e Integración Sociolaboral, con recursos progresivos de “menor a mayor autonomía” y de “mayor a menor protección”, en este camino hacia la “normalización” con los recursos reglados para “prepararse y capacitarse” y los no reglados para “demostrarlo en igualdad de condiciones” (Gráficos 4 y 5).

Cuando se pensó en este modelo asistencial y en el área de recursos que le daba soporte, pensamos que “vida” lleva una persona de este barrio: Tiene un “lugar” donde vivir, con su familia y sus cosas, un “lugar” donde desarrollar sus aficiones y llenar el tiempo libre que cada vez es menor y un “lugar” para trabajar, donde crecer en autoestima, mejorar su responsabilidad, categoría, sueldo, etc., en definitiva sentirse lo mejor posible, lo más posible (Gráficos 5).

Seguimos sin hablar de “curar” sino de “readaptar o capacitar de nuevo” para poder facilitar su integración real en las mejores condiciones en el “lugar” a donde pertenecen, donde siempre habían estado, donde siguen los suyos y lo suyo, pero con sus características.

Solo una actitud de acogida, participación e integración activa y solidaria permitirá recibir, acoger, mantener y ayudar a integrar de verdad en igualdad de posibilidades y oportunidades en la diversidad de nuestra sociedad.

Se han creado 3 Residencias Asistidas con 40 plazas, 2 Prepiso con 16 plazas, 9 Pisos Asistidos con 19 plazas, 2 Pisos Autónomos, 1 Club Social, 1 Ateneo Cultural, 7 Centros Especiales de Trabajo (C.E.T.), de ellos 3 son Empresas Mixtas (E.M.). Además del Centro de Documentación, Docencia e Investigación, como soporte formativo y científico continuado (Gráficos 4 y 5).

En estos últimos 15 años de esta experiencia han sido “acogidos” cerca de 1500 usuarios, pero “asistidos e integrados” cerca de 500, habitualmente se atiende todos los días en este “modelo integral de continuidad de cuidados” de unos 120 usuarios, el 50% viven con la familia, el otro 50% en recursos de convivencia protegidos o asistidos.

A nivel de resultados objetivos, se deben evaluar los “índices” de “Calidad de Vida Comunitaria del E.M.C.”, en especial a tres niveles:

- A) Gran “Reducción de Recaídas y Reingresos” a un nivel superior a toda previsión, sólo un 10% de reingresos del total de asistidos cerca de 500 en diez años y sólo un 5% de reingresos en los usuarios contratados y de mejor evolución. En un estudio que se expone más adelante comparando una amplia muestra de cerca de 300 usuarios durante 10 años y periodos iguales, antes y durante su estancia en esta experiencia, se rebajan de forma drástica tanto el número de reingresos, unas siete veces menos, como los días de los mismos, unas veinte veces menos (Gráficos 7, 10, 11 y 12).
- B) Los “Índices de Integración Laboral”, cerca de 120 contratos laborales protegidos y de ellos 56 contratos activos en empresas asistidas en este momento, otras 10 personas en fase de capacitación con previsión de contrato a corto plazo y otros 20 contratos activos en empresas normales. Todo ello supone un 70% de integración real con contrato y de estos el 90% era el primer contrato de su vida, pero con un perfil para pensárselo, de más de 39 años de media y de más de 19 años de media de evolución de la enfermedad, o sea en realidad “media vida enfermos” (Gráficos 7, 7 bis, 10, 11 y 12).
- C) Por último la “Participación y Satisfacción de los Clientes y Empresarios del Barrio” con su participación evolutiva a lo largo de 25 años, desde el rechazo a la progresiva colaboración, han llegado poco a poco a “pensar y actuar” que a igual producto, mejores garantías, mejor precio y condiciones de pago con la posibilidad de recoger y entregar a domicilio sin cargos, la “decisión parece fácil” pero no siempre lo es, pero se espera que pronto lo vaya siendo para todos (Gráficos 8, 9, 10, 11 y 12).

Los Centros Especiales de Trabajo y las Empresas Mixtas han sido viables a dos niveles, el asistencial, al crear casi 100 Puestos de Trabajo Protegido, con 56 Contratos Activos y 20 de Trabajo Normalizado, pero también a nivel economico-comercial, con una facturación que supera los 500 millones de ptas. y de ellos un 10% han sido beneficios (Gráfico 8 bis).

En el apartado de “reconocimientos y sugerencias”, empezamos por el “usuario” el “verdadero protagonista” al que no podamos “pedir más” pero sí darle “todo lo necesario” y en las “mejores condiciones”.

Seguimos con la “familia” otra de las grandes víctimas, les hemos pedido mucho, se les debe mucho pero hay que seguir un poco más, ahora podemos empezar a devolver. Los “profesionales y los recursos”, debemos pedir más de lo necesario, siempre se recorta, lo mejor preparados y coordinados con los medios más adecuados y siempre con el interés común del grupo por encima del personal (Gráfico 9).

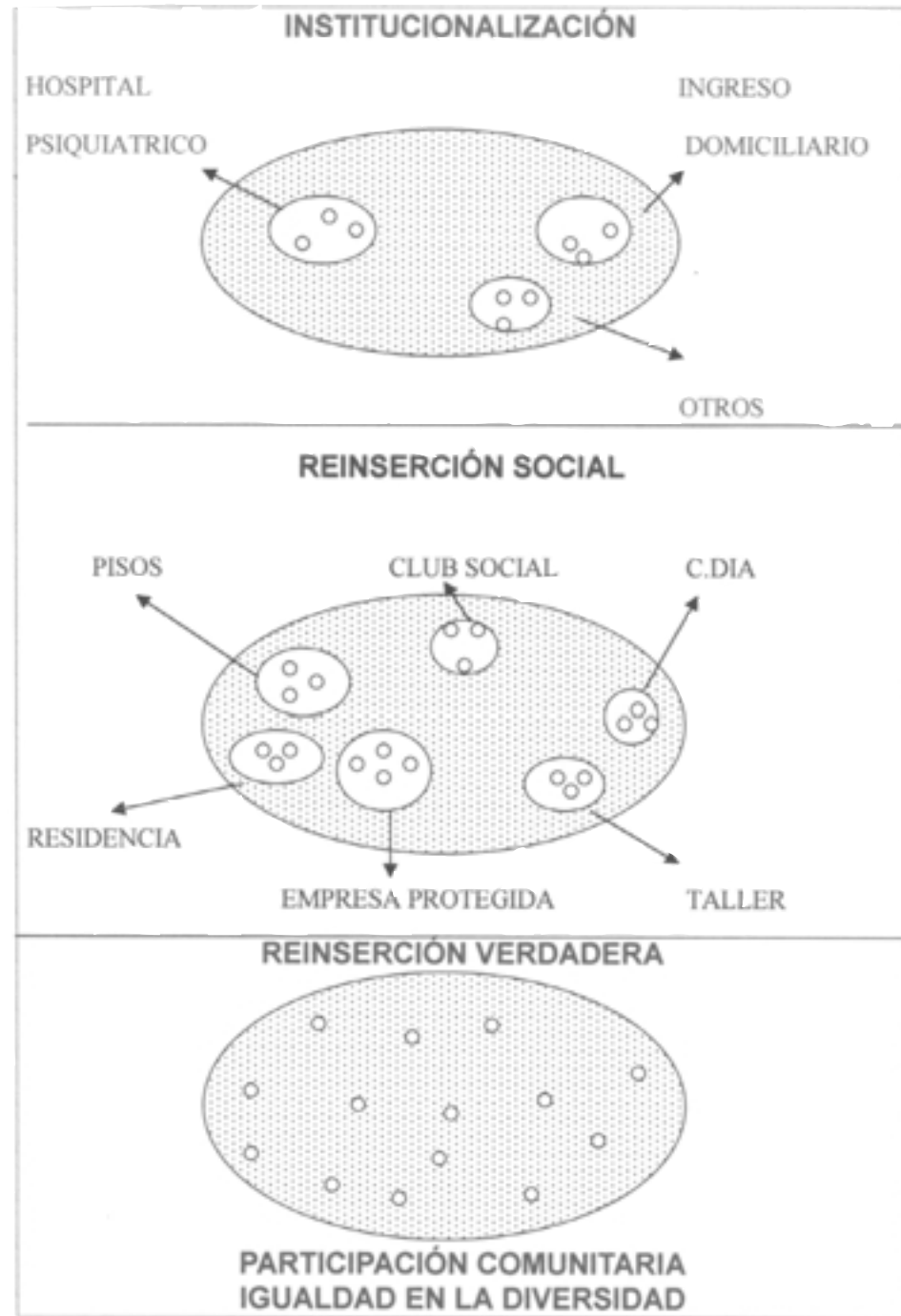
Los “medios de comunicación” han ayudado bastante en la labor de información y sensibilización, pero aún deben profundizar mucho más en este proceso de formación progresiva y continuada de nuestra sociedad, aún bastante remisa por esta labor participativa y solidaria.

Por último los “políticos”, los responsables de los “presupuestos” y por lo tanto de poder llegar a conseguir los “objetivos adecuados”. Han cambiado mucho las cosas en los últimos diez años tanto en el modelo como el presupuesto en Cataluña destinado a la Salud Mental, de 4.000 millones de pesetas a 17.000 millones de pesetas, pero sólo representa el 4% del presupuesto total de Sanidad. Sin embargo lo más significativo es que de este presupuesto, para “Rehabilitación” aún estamos por debajo del 10% en cambio lo destinado a la “Hospitalización”, sigue por encima del 60%, no haría falta decir nada más, pero lo haremos.

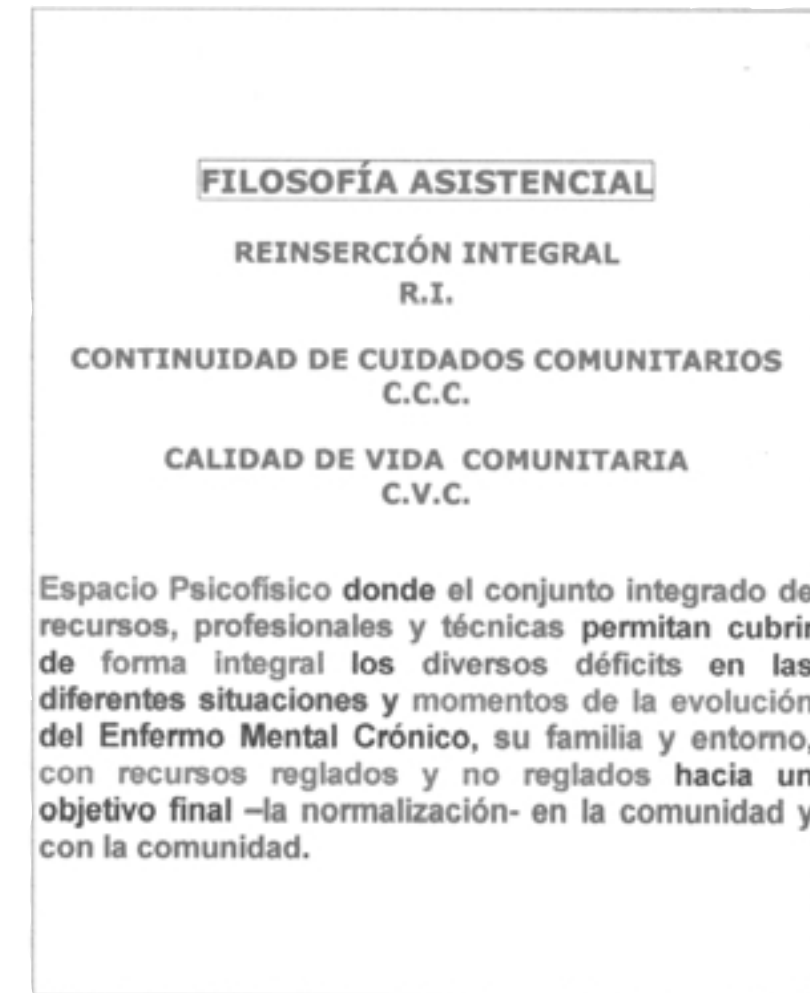
Tener a una de estas personas fuera en la comunidad, en unos “Programas de Rehabilitación y Reinserción Comunitaria” cuesta de 3.000 a 5.000 pesetas por día y de 6.000 a 15.000 ptas., por día en el “Hospital Psiquiátrico” y mucho más en el “Hospital General”, no hace falta entrar en condiciones y posibilidades de cada una de ellas.

La REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL EN LA COMUNIDAD como base de la Prevención Terciaria en Salud Mental, constituye el principal reto de la Psiquiatría Moderna para su plena integración en el Sistema Sociosanitario General.

Este modelo, conocido por CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMUNITARIOS, que nosotros aplicamos como ARPI: Desea ser un espacio psicofísico donde el conjunto de profesionales, recursos y técnicas permitan cubrir los diversos déficits de forma completa, continua e integral, en las diferentes situaciones y momentos del enfermo mental crónico, de su familia y de su entorno, en la comunidad y con la comunidad mediante recursos reglados y no reglados y con un camino con un principio y un final de un proceso hacia una verdadera NORMALIZACIÓN, la conocida como “CALIDAD DE VIDA COMUNITARIA DEL E.M.C.”: La “IGUALDAD EN LA DIVERSIDAD” (R. Blasi, 1985) (Gráficos 1, 2, 3 y 3 bis).



(gráfico 1)



(gráfico 2)

MODELO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMUNITARIOS EN REHABILITACIÓN

ÁREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL EN LA COMUNIDAD Y CON LA COMUNIDAD

PROCESO DESDE LA INSTITUCIÓN HASTA LA REINSECCIÓN NORMALIZADA

- ⇒ INTEGRAL
- ⇒ INTEGRADO
- ⇒ COMPLETO
- ⇒ CONTINUADO
- ⇒ COMUNITARIO
- ⇒ CON RECURSOS REGLADOS Y NO REGLADOS, LOS COMUNITARIOS
- ⇒ OBJETIVO FINAL: LA NORMALIZACIÓN- CALIDAD DE VIDA COMUNITARIA DEL E.M.C.

REGIMEN DE COMUNIDAD TERAPEUTICA URBANA

- ⇒ SUBAREAS ASISTENCIALES
 - CONVIVENCIA
 - REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL
 - SOCIOCULTURAL
- ⇒ SUBAREAS NO ASISTENCIALES
 - ADMINISTRATIVA, PERSONAL Y COMUNICACIÓN,
 - DOCUMENTACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

DE LA PSICOTERAPIA INTITUCIONAL A LA COMUNITARIA

EXPERIENCIA ALTERNATIVA URBANA CON UN MODELO DE COMPRENSIÓN PSICOSOCIAL Y DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

(gráfico 3)

ARAPD015

CRONICIDAD VERSUS REINSECCIÓN

- MODELO CIRCULAR DE NUEVAS FORMAS DE CRONIFICACIÓN
 - NO INTEGRAL, NO INTEGRADO, RECURSOS AISLADOS E INSUFICIENTES
 - INCOMPLETO, DISCONTINUO, PSEUDOCOMUNITARIO
 - COLAPSADO, OBLIGA ALTAS PRECIPITADAS PARA ENTRAR NUEVOS INGRESOS
 - CON PRINCIPIO, SIN FINAL, CON INTERRUPCIONES
 - SIN PROGRESIÓN POR LOS RECURSOS, VUELTA AL PRINCIPIO, CIRCULAR
 - VOLVER A EMPEZAR, NUEVA CRONIFICACIÓN
 - MODELO LINEAL DE PROGRESIVA CAPACITACIÓN E INTEGRACIÓN
 - INTEGRAL, INTEGRADO, RECURSOS SUFICIENTES Y ADECUADOS EN UNA ÁREA
 - De < a > AUTONOMÍA Y de > a < PROTECCIÓN
 - COMPLETO, CONTINUO, COMUNITARIO
 - PROGRESIÓN POR LOS DIFERENTES RECURSOS DE LAS TRES SUBÁREAS
 - MEDIANTE RECURSOS REGLADOS Y NO REGLADOS O COMUNITARIOS
 - CON UN PRINCIPIO, UN CAMINO Y UN FINAL, LA NORMALIZACIÓN
- PROCESO DE REHABILITACIÓN, CAPACITACIÓN, INTEGRACIÓN Y NORMALIZACIÓN
- CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMUNITARIOS

(gráfico 3 bis)

ARAPD015

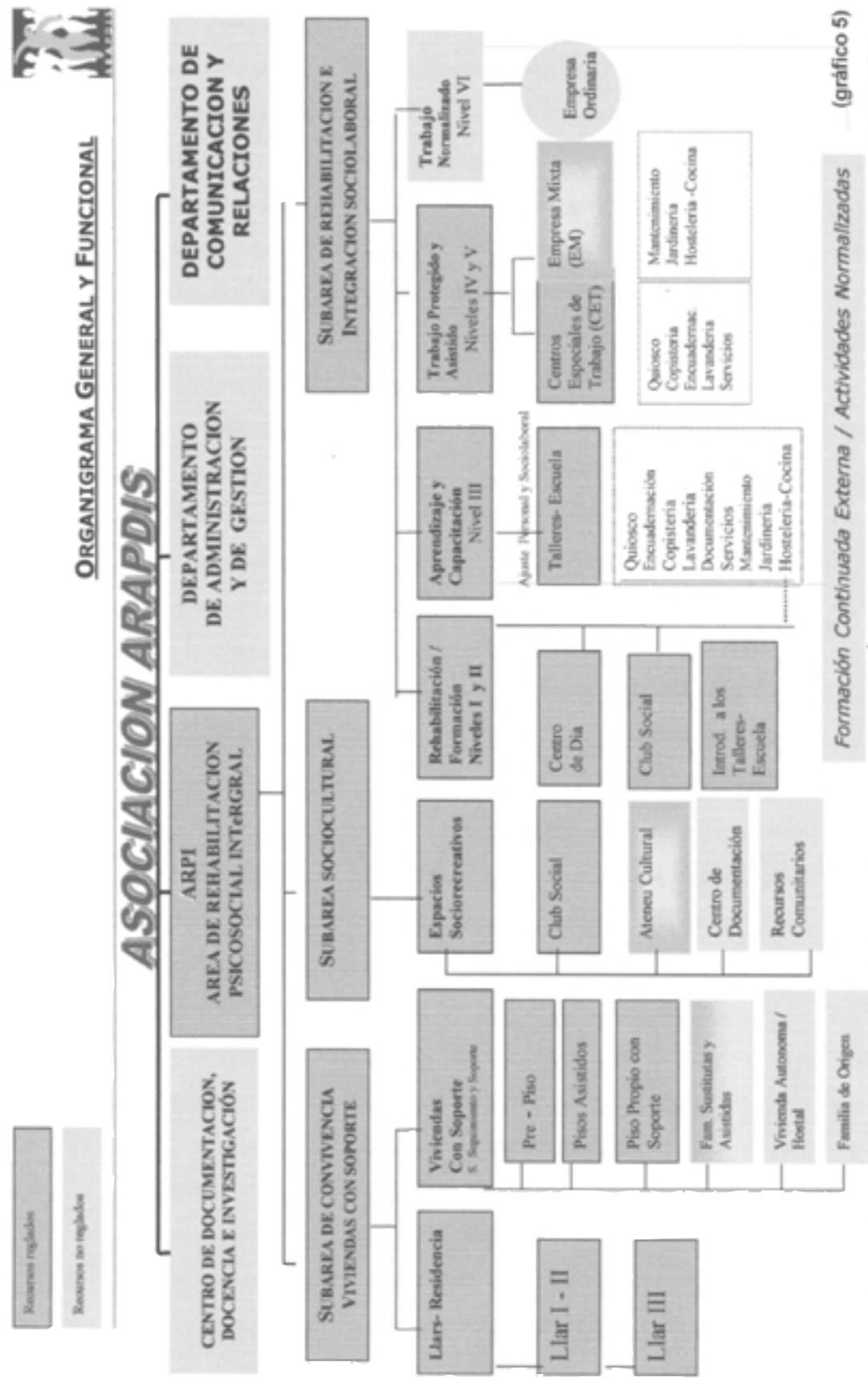
Salud Salud Mental Comunitaria.

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL EN LA COMUNIDAD Y CON LA COMUNIDAD
ASOCIACIÓN A.R.A.P.D.I.S.
ARPI: AREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL.



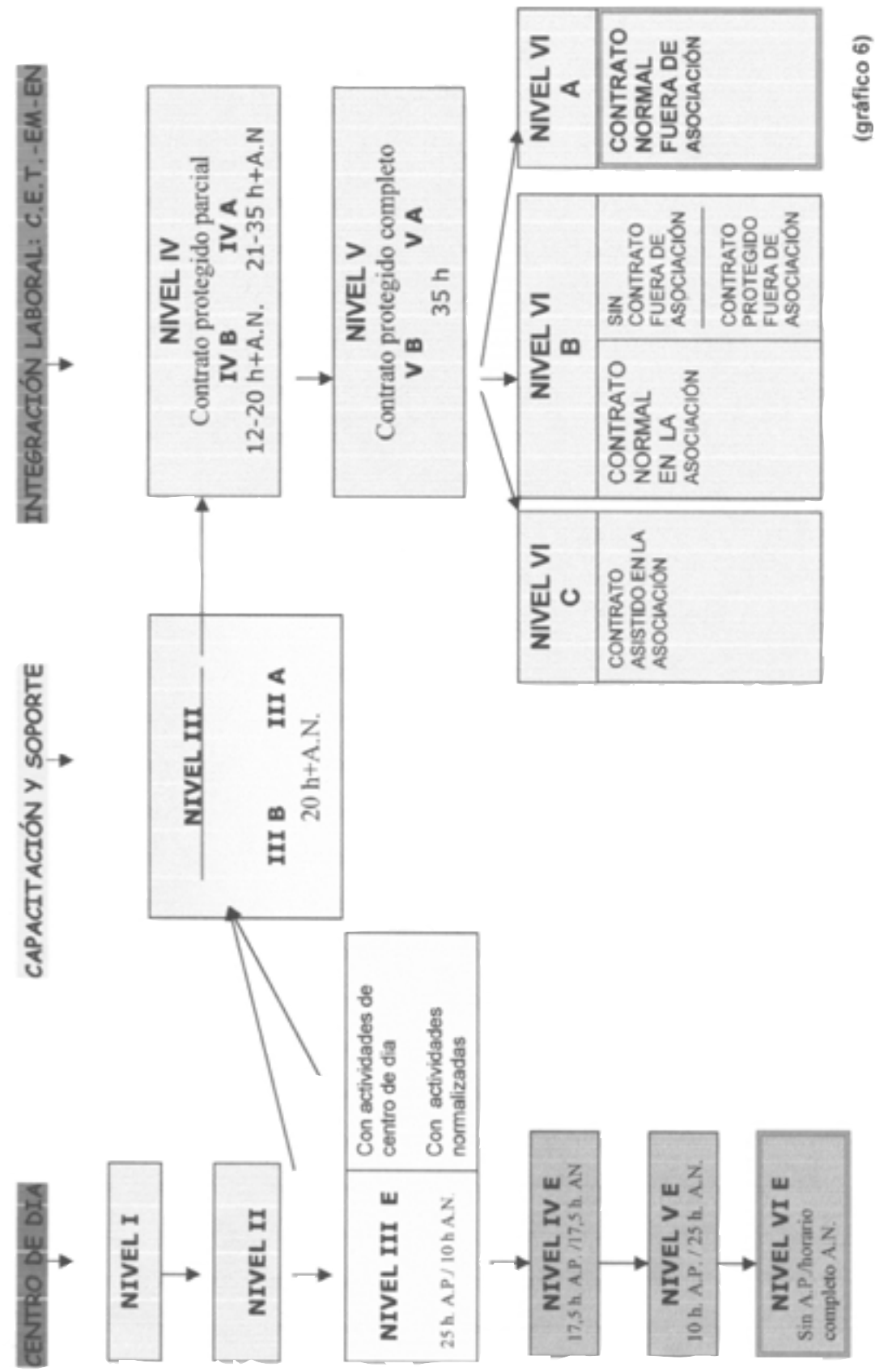
(gráfico 4)

ARAPDIS



Formación Continua Externa / Actividades Normalizadas (gráfico 5)

ARAPDIS



ARAPDIS

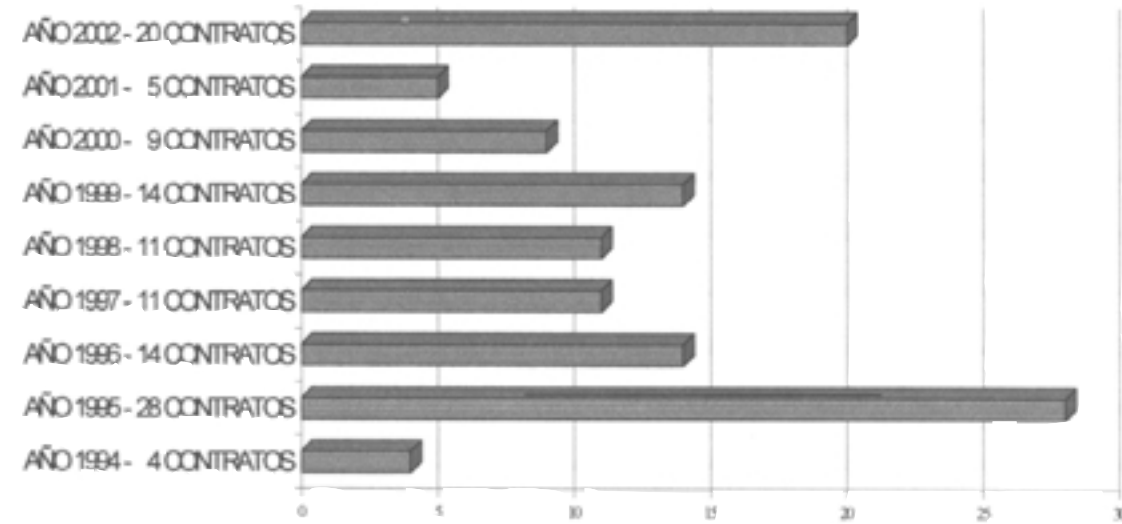


EVOLUCIÓN CONTRATOS LABORALES

CONTRATOS AÑO 1994*	4
CONTRATOS AÑO 1995	28
CONTRATOS AÑO 1996	14
CONTRATOS AÑO 1997	11
CONTRATOS AÑO 1998	11
CONTRATOS AÑO 1999	14
CONTRATOS AÑO 2000	9
CONTRATOS AÑO 2001	5
CONTRATOS AÑO 2002	20
Nº TOTAL DE CONTRATOS	116
sobre 102 personas.	
Nº TOTAL DE CONTRATOS (31/12/02)	56

* 1994 Comprende el último trimestre.

EVOLUCIÓN CONTRATOS LABORALES



(gráfico 7 bis)

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES DE LAS EMPRESAS PROTEGIDAS

• 500 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

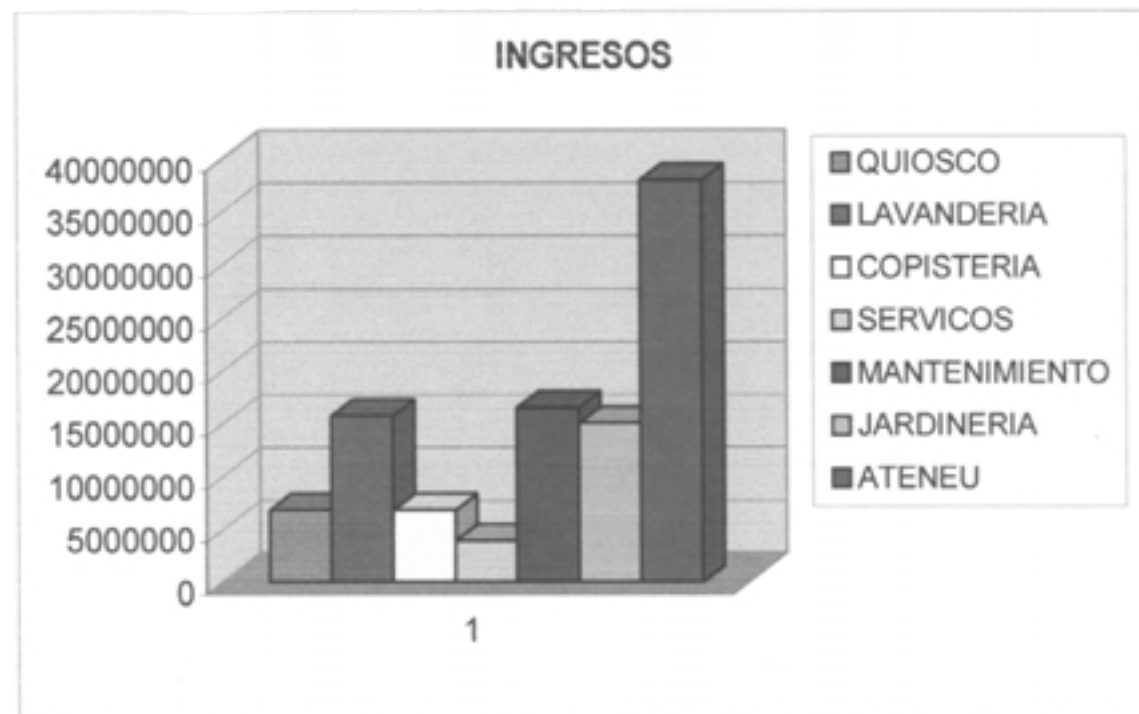
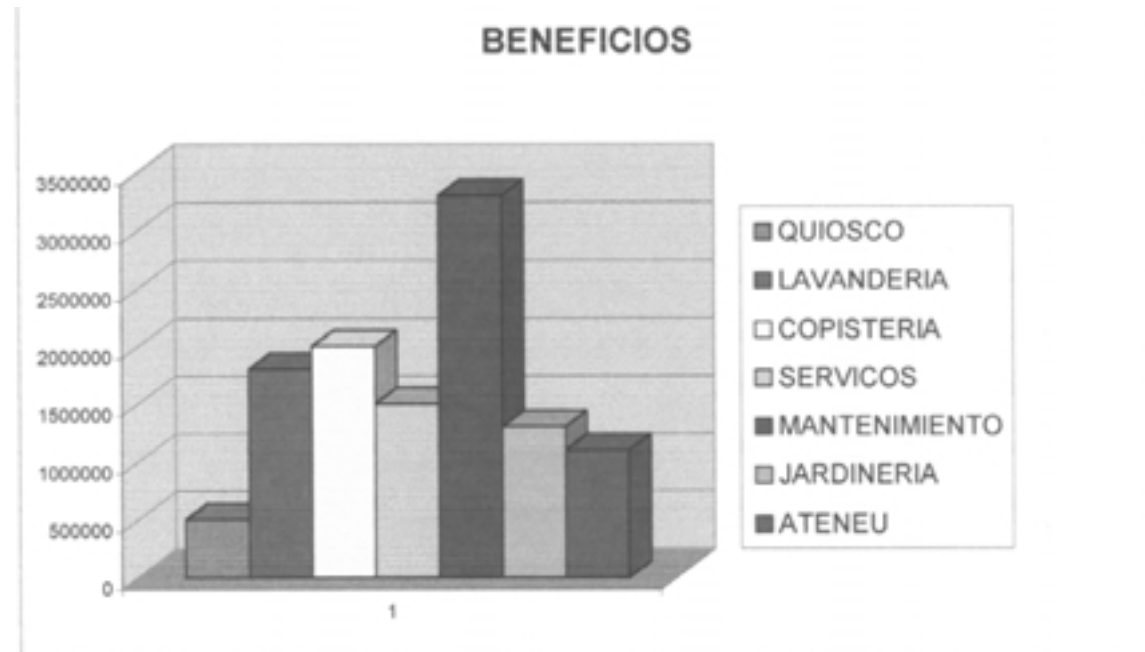
INDICES PROVISIONALES DE 5 EMPRESAS

	QUIOSCO	JARDINERIA	MANTENIMIENTO	COPISTERIA	HOSTELERIA
MAXIMO	1	1	0,901073105	1	1
MINIMO	0,59523814	0,388095238	0,404761905	0,571428571	0,57142857
MEDIA	0,88359788	0,795634892	0,706197379	0,841269841	0,87179187
DESVIACIÓN	0,12164913	0,134250371	0,010134532	0,096314266	0,10014815

• INDICES DE REFERENCIA

- 0,9 EXCELENTE
- 0,83 MUY BUENO
- 0,1 MUY MALO

(gráfico 8)



(gráfico 8 bis)

RESPUESTAS DE LA COMUNIDAD

RESISTENCIA ACTIVA

(Manifestaciones, pintadas, denuncias, reuniones, etc...)

RESISTENCIA PASIVA

IGNORANCIA

APROXIMACIÓN PASIVA

APROXIMACIÓN ACTIVA

- *Acercamiento a los recursos, preguntas, propuestas.*
- *Utilización de recursos y comercios de forma progresiva por las ventajas (precio, garantía, condiciones, descuentos, etc...)*

ACEPTACIÓN

- *Vemos como cualquier otra entidad del barrio*
- *Utilización de nuestros comercios de forma habitual*
- *Ofrecimiento de colaboraciones y voluntariado*
- *Información sobre ventajas de coger trabajadores de nuestra entidad*

PARTICIPACIÓN

- *Participación en la "Tertulia" de empresarios*
- *Participación en un estudio-encuesta de satisfacción de los clientes de nuestras empresas protegidas (1999)*
- *Solicitar trabajadores para sus empresas a prueba, con acuerdos entre las tres partes. Trabajo Normalizado*

IGUALDAD EN LA DIVERSIDAD

(gráfico 9)

ASOCIACIÓN ARAPDIS

ÁREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL A.R.P.I.
10 AÑOS DE ROTACIÓN ASISTENCIAL. TRABAJO EN LA COMUNIDAD
(Del 25 de Agosto de 1989 al 31 de Diciembre de 2001)

ROTACIÓN GENERAL	Nº	%
Nº TOTAL DE USUARIOS ACOGIDOS (Del 25/08/89 al 31/12/99)	1423	100%
Nº TOTAL DE USUARIOS DERIVADOS, EN LISTA DE ESPERA, OTROS	961	67%
Nº TOTAL DE USUARIOS EN LISTA DE ESPERA ACTIVOS	49	4%
Nº TOTAL DE USUARIOS DADOS DE ALTA O REDERIVADOS (UNA POR USUARIO)	339	24%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS EN EL A.R.P.I. DEL 25/08/89 AL 31/12/99	462	32%
Nº TOTAL DE NUEVAS DEMANDAS EL AÑO 1999	104	100%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS (SOBRE LAS NUEVAS DEMANDAS DEL 99)	27	26%
Nº TOTAL DE USUARIOS DERIVADOS (SOBRE LAS NUEVAS DEMANDAS DEL 99)	17	16%
Nº TOTAL DE USUARIOS EN LISTA DE ESPERA (SOBRE LAS NUEVAS DEMANDAS DEL 99)	49	47%
Nº TOTAL OTROS (SOBRE LAS NUEVAS DEMANDAS DEL 99)	11	11%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS EN EL A.R.P.I. DURANTE EL AÑO 1999	168	100%
Nº TOTAL DE NUEVOS USUARIOS ASISTIDOS EL AÑO 1999	27	17%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS A 31-12-99	123	100%
DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS. PLAZAS. DERIVACIÓN		
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACTUALMENTE EN EL A.R.P.I. (a 31/12/99)	123	100%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACTUALMENTE EN EL A.R.P.I. (Vinculación integral y parcial)	115	94%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACTUALMENTE EN EL A.R.P.I. (Vinculación de referencia)	8	6%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS DE FORMA INTEGRAL	58	47%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS DE FORMA PARCIAL	57	46%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS DE REFERENCIA (Dentro de la parcela)	8	7%
Nº TOTAL DE USUARIOS EN SISTENCIA COMPARTIDA	123	100%
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE CONVIVENCIA (Residencias)	40	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE CONVIVENCIA (Comedor)	25	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE CONVIVENCIA (Pre-piso)	6	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE CONVIVENCIA (Pisos)	21	

ARAPDIS

(gráfico 10)

Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y DE INTEGRACIÓN LABORAL (Centro de Día)	37	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y DE INTEGRACIÓN LABORAL (Talleres - Escuela)	13	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y DE INTEGRACIÓN LABORAL (Formación, soporte y capacitación)	10	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y DE INTEGRACIÓN LABORAL (Centros Especiales de Trabajo)	45	
Nº TOTAL DE PLAZAS NIVEL VI A Y B DE TRABAJO NORMALIZADO (En Empresas de la Comunidad)	15	
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA SOCIOCULTURAL (Club Socioterapéutico)	50	---
Nº TOTAL DE PLAZAS DEL ÁREA SOCIOCULTURAL (Ateneo Cultural)	Libre	---
Nº TOTAL DE PLAZAS DE LOS RECURSOS NO REGLADOS COMUNITARIOS	Libre	---
Nº TOTAL DE USUARIOS DERIVADOS DE ASISTENCIA PRIMARIA (CAP en SM del total de 462 asistidos)	185	40%
Nº TOTAL DE USUARIOS DERIVADOS DE ASISTENCIA SECUNDARIA (Corta Estancia del total de 462 asistidos)	69	15%
Nº TOTAL DE USUARIOS DERIVADOS DE ASISTENCIA SECUNDARIA (Media y Larga Est. del total de 462 asistidos)	92	20%
Nº TOTAL DE USUARIOS DERIVADOS POR PROPIA INICIATIVA U OTROS (del total de 462 asistidos)	116	25%

ROTACIÓN ESPECÍFICA (Mayor Calidad de Vida Comunitaria. Índices de reingresos e Integración Laboral)

Nº TOTAL DE ASISTIDOS (10 años)	462	100%
Nº TOTAL DE USUARIOS DADOS DE ALTA (10 años)	339	72%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACTUALMENTE (31/12/99)	123	28%

REINGRESOS

Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS EN EL A.R.P.I. SIN NINGÚN REINGRESO (25/08/89 a 31/12/99)	416	90%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS EN EL A.R.P.I. CON REINGRESOS (25/08/89 a 31/12/99)	46	10%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACTUALMENTE EN EL A.R.P.I. SIN NINGÚN REINGRESO (a 31/12/99)	101	82%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACTUALMENTE EN EL A.R.P.I. CON REINGRESOS (a 31/12/99)	22	18%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACT. SIN NINGÚN REINGRESO CON CONTRATO (desde el ingreso de un total de 70 usuarios)	58	83%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACT. CON REINGRESOS CON CONTRATO (desde el ingreso de un total de 70 usuarios)	12	17%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACT. SIN NINGÚN REINGRESO CON CONTRATO (desde el contrato de un total de 70 usuarios)	66	94%
Nº TOTAL DE USUARIOS ASISTIDOS ACT. CON REINGRESOS CON CONTRATO (desde el contrato de un total de 70 usuarios)	4	6%

INTEGRACIÓN LABORAL

Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) A 31.12.94	30
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias A 31.12.94	4
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en Empresas Independientes A 31.12.94	1
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) A 31.12.95	15
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias A 31.12.95	32
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en Empresas Independientes A 31.12.95	8

ARAPDIS

(gráfico 11)

Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) A 31.12.96.....	11
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias A 31.12.96.....	40
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en Empresas Independientes A 31.12.96.....	11
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) A 31.12.97.....	10
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias A 31.12.97.....	43
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en Empresas Independientes A 31.12.97.....	12
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) A 31.12.98.....	11
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias A 31.12.98.....	41
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en Empresas Independientes A 31.12.98.....	14
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) A 31.12.99.....	9
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias A 31.12.99.....	45
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en Empresas Independientes A 31.12.99.....	16
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Protegido, en Formación, soporte y capacitación) previsión 30.06.00	5
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido) con contrato en Empresas Propias previsión 30.06.00.....	50
Nº TOTAL DE USUARIOS EN REINSECCIÓN SOCIOLABORAL (Trabajo Asistido o Normalizado) en E. Independientes previsión 30.06.00.....	20

ACTIVIDAD LABORAL EN LOS C.E.T...... 45

MANTENIMIENTO (5)	JARDINERIA: (8)
SERVICIOS (8)	LAVANDERIA (6)
QUITOSO Y ENCUADERNACIÓN (7)	ATENU-CAFÉ (Hostelería, Cocina) (8)
COPISTERIA (3)	

Nº TOTAL DE USUARIOS EN SITUACIÓN DE REINSECCIÓN SOCIOLABORAL EN LAS 4 MODALIDADES (de 115 usuarios)	70	100%
Nº TOTAL DE USUARIOS EN SITUACIÓN DE CAPACITACIÓN Y TRABAJO PROTEGIDO	9	15%
Nº TOTAL DE USUARIOS EN SITUACIÓN DE TRABAJO PROTEGIDO Y ASISTIDO CON CONTRATO A 31/12/96	45	62%
Nº TOTAL DE USUARIOS EN SITUACIÓN DE TRABAJO NORMALIZADO	16	23%
Nº TOTAL DE USUARIOS CONTRATADOS DESDE 1994	82	

INDICES GENERALES

Nº TOTAL DE ESTANCIAS ANUALES (TODOS LOS USUARIOS)	62.399
Nº TOTAL DE ESTANCIAS ANUALES (SOLO USUARIOS CON CAMA)	32.586
Nº MEDIO DE ESTANCIAS	365
TASA DE OCUPACIÓN MEDIA ACTUAL	---
ESTANCIA MEDIA	164
INDICE DE REAGUDIZACIÓN	10,03
INDICE DE OCUPACIÓN	95%
INDICE DE ROTACIÓN	.4
INDICE DE PERSONAL TOTAL (Personal Total / Usuarios Atendidos)	0,51
INDICE DE PERSONAL EN RELACIÓN CAMAS (Personal Total / Camas)	1,22

(gráfico 12)

Salud... .. Salud Mental Comunitaria
25 AÑOS DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD
IGUALDAD EN LA DIVERSIDAD



**ASOCIACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN Y
 ADAPTACIÓN DE PERSONAS DISMINUIDAS EN SU
 CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL**

**ARPI:
 ÀREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL**

C/ Providencia, 17 ·08024 Barcelona·
 Tel. 93 415 46 17 (24 h.) Fax. 93 218 93 07 · a/e: rblasi@arapdis.org

ORGANIZACIONES SANAS.
ORGANIZACIONES PARA EL DESARROLLO

Luis Fernández-Ríos
Universidad de Santiago de Compostela
Facultad de Psicología. Deptº. de Psicología Clínica y Psicobiología

«Qué importa tener o no un cargo con tal de ser rico, puesto que sólo se ocupa un cargo para serlo. Cumplir con sus obligaciones, ¿adónde conduce? A la envidia, a los disgustos y la persecución. ¿Qué se adelanta con ello? Para hacerse rico hay que adular, ¡qué diablos!, ¡adular!, tratar a los grandes, estudiar sus gustos, prestarse a sus fantasías, servirles en sus vicios, aprobar sus injusticias: ese es el secreto» (Diderot, 1985, p. 102)

1. INTRODUCCIÓN

La salud y la calidad de vida son temas de gran relevancia en todo grupo, organización y sociedad. Una cosa es hablar de *salud ocupacional* (Karasek y Theorell, 1990); Quick y Tetrick, 2003; Thomas y Hersen, 2002), y otra de seguridad (*psicología de la seguridad*) en el lugar de trabajo (Barling y Frone, 2003; Hofmann y Tetrick, 2003). En el presente trabajo nos centramos en la organización saludable. Una de cuyas características es la de reducir los riesgos laborales, pues, vivimos en grupos, organizaciones y sociedades manifiestamente mejorables.

El objetivo del presente trabajo es el de aportar una serie de conocimientos empíricamente fundamentados (*intervención preventiva basada en la evidencia*) para hacer organizaciones y sociedades más justas, competentes, cooperativas y con capacidad para el autoprogreso. Para ello se ha seleccionado el siguiente contenido: participación ciudadana, *empowerment*, construcción social de las organizaciones, emoción en la organización, organizaciones patológicas y saludables, organizaciones no gubernamentales (ONGs), hacia un trabajo decente y una sociedad bien ordenada.

2. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y EMPOWERMENT

Los conceptos de *sentido de comunidad*, *participación ciudadana* y *empowerment* forman parte del discurso de la teoría y práctica de la participación ciudadana, *individuos proactivos*, y *ciudadanos responsables* que viven en una *sociedad civil activa* (Camps y Giner, 1998; Dalton, Elias, Wandersman, 2001; Giner, 1996; Mills y Ungson, 2003; Rappaport y Seidman, 2000; Rudkin, 2003).

Sentido psicológico de comunidad incluye el *sentimiento de pertenencia a* y la motivación para la implicación activa en un grupo, organización o sociedad. El objetivo es transformar la realidad. Si los individuos no se sienten formando parte de una unidad psicológica no van a tener objetivos comunes y, por lo tanto, no tendrán motivación para cooperar. La *participación ciudadana* es el proceso en el que los individuos toman parte activa (por ejemplo, «hacerse oír», «alzar la voz», etc.) en las decisiones en instituciones y contextos (de naturaleza política o no) de conducta que directa o indirectamente les afectan.

¿Qué es *empowerment*? *Empowerment* significa *potenciación*, *capacitación* de los individuos, grupos, comunidades y sociedades para que controlen los recursos socioeconómicos. Es un enfoque positivo de desarrollo y de la superación de los problemas o adversidad. Es un concepto que se aplica a todas las perspectivas (individuos, grupos, organizaciones y sociedades) del *desarrollo humano sostenible* positivo. Por lo tanto, el *empowerment* es un proceso o un mecanismo a través del cual los ciudadanos, organizaciones y comunidades ganan dominio sobre sus cuestiones vitales.

El *empowerment* presenta varias dimensiones. Véase Cuadro I.

CUADRO I.

DIMENSIÓN DE PERSONALIDAD, COGNITIVA, MOTIVACIONAL Y CONTEXTUAL DEL EMPOWERMENT.

Dimensiones del empowerment	Características
Personalidad	Autoaceptación, autoconfianza, autoestima reforzada, lugar de control interno, creencia en las posibilidades de control, empatía, significado del esfuerzo personal, etc.
Cognitiva	Autoeficacia individual y política, sentimiento de dominio (<i>mastery</i>), competencia percibida, sentido de eficacia política, etc.
Motivacional	Deseo de control ambiental, deber o sentido de obligación cívica, sentido de propositividad, esperanza aprendida, etc.
Contextual	Implicación en acciones colectivas, adaptación persona-ambiente, conciencia de los condicionantes socioculturales, comprensión de la propositividad del programa, capacidad de control e influencia ambiental, etc.

El *empowerment* es un constructo multinivel. Se puede utilizar teniendo en cuenta el individuo, la organización y la comunidad o la sociedad (véase Cuadro II).

CUADRO II.

COMPARACIÓN DEL PROCESO DE EMPOWERING Y EMPOWERED EN INDIVIDUOS, ORGANIZACIONES Y COMUNIDADES. TOMADA DE ZIMMERMAN (2000, P. 46)

Niveles de análisis	Proceso (<i>empowering</i>)	Resultado (<i>empowered</i>)
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de habilidades de toma de decisiones • Manejo de recursos • Trabajar colaborativamente con otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de control • Conciencia crítica • Conductas participativas
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para participar en la toma de decisiones • Responsabilidades compartidas • Liderazgo compartido 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponibles y accesibles • Influir en la toma de decisiones políticas • Redes colaborativas
Comunitario/ social	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos • Estructura de gobierno abierta • Liderazgo pluralístico 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaliciones organizacionales • Tolerancia • Habilidades participativas de los ciudadanos

HAY DOS CLASES DE EMPOWERMENT:

- (a) *Situacional (empowerment situacional)* incluye aspectos tales como capacidad de delegar, significado del trabajo, tareas en equipo, forma de actuar de sus directivos, etc.; y,
- (b) *Psicológico (empowerment psicológico)* hace referencia al sentimiento de confianza, control y de competencia para llevar a cabo la tarea a realizar (Fetterman, 2000; Sagie y Kolslowsky, 1999).

¿Cuáles son los beneficios sociales del *empowerment psicológico*? Pueden ser muy diversos. Algunos son los siguientes: analizar la realidad de abajo-arriba; fomentar la conciencia crítica de la realidad social y el devenir histórico; hacer énfasis en los diferentes contextos individuales y colectivos de vida cotidiana; favorecer la participación ciudadana y la cooperación en objetivos comunes; seguridad en la articulación de los problemas sociales; generar puntos de vistas alternativos para la solución de los problemas; construir relaciones o coaliciones colaborativas para favorecer el trabajo en equipo; crear apoyo social; sostener la participación ciudadana; sentir orgullo de lo que se está haciendo; sentir que las acciones propias realmente valen para algo; tener más energía; llegar a tener un sentimiento de calma, serenidad y bienestar; trabajar con aquellos que comparten preocupaciones y esperanzas comunes; adquirir nuevas habilidades y aprender a negociar; cooperar para construir una sociedad mejor; alegrarse por tener nuevos servicios para mejorar el bien común; realzar la autoeficacia y el sentimiento de competencia; etc.

3. ORGANIZACIÓN COMO CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS

Una organización (virtual –ciberespacio– o no) es un: (a) *conjunto, más o menos numeroso de personas competentes, activas y «libres»*; (b) *suponemos, relativamente sanas y con un afán por luchar por una mejor calidad de vida o bienestar individual y colectivo*; (c) *relativamente especializadas, o que quieren hacer algo para lo cual se sienten o esperan sentirse competentes*; (d) *con unos sentimientos psicológicos de pertenencia («sentido psicológico de organización», o en el ciberespacio, «sentido psicológico comunidad virtual»), o de compartir una cultura («cultura organizacional»)*; (e) *que interaccionan entre si conjuntamente durante un periodo variable de tiempo*; (f) *con una serie de procesos psicológicos interpersonales (emociones, habilidades sociales, sentimiento de justicia, etc.), que pueden ser más o menos satisfactorios*; (g) *una coordinación relativamente voluntaria y racional*; (h) *tienen unos fines y objetivos comunes compartidos («compromiso organizacional»)*; (i) *en un contexto real o virtual delimitado, y no siempre bien delimitado.*

En última instancia, una *organización es un grupo con ciertas peculiaridades*. Unos individuos pertenecen a un grupo (grupo propio, *endogrupo*), y otros a otro (grupo extraño, *exogrupo*). *Las organizaciones son, en parte, construcciones sociales de significados compartidos*. A su vez se transforman en agentes constructores o forjadores de sentido. *Legítiman significados, que, a su vez, construyen o socializan individuos* (Bar-Tal, 2000; Weick, 1995). Tienen necesariamente su función social. Los individuos se categorizan como miembros de una organización y no de otra. Todo esto pone de manifiesto la relevancia de la teoría de *categorización de la identidad social* dentro del campo de las organizaciones y de la *identidad social colectiva* (Simon y Klandermans, 2001). La vida social se hace predecible y con una incertidumbre controlable (Forgas, Williams y Wheeler, 2001; Haslam 2001; Haslam, Knipperberg, Platow y Ellmers, 2003; Hogg, 2001; Wenzel, 2001). Pues, en última instancia, *una organización viene a ser un conjunto de significados y de valores compartidos* (Fernández-Ríos y Sánchez, 1997; Rico y Fernández-Ríos, 2002; Weick, 1995). En ella los individuos

hallan sentido, coherencia a su proceso de vivir. También en el *ciberespacio* hay comunidades, equipos u organizaciones virtuales compartidos (Gibson y Cohen, 2003). Sin embargo, esto no constituye el objetivo del presente trabajo.

4. EMOCIONES Y ORGANIZACIÓN

La dinámica organizacional elicitó emociones. Los eventos cotidianos provocan reacciones emocionales en los individuos. En el presente trabajo se adopta la perspectiva de la *valoración cognitiva de la emoción*. El proceso a seguir es: *valoración de eventos o acontecimientos como estresantes -activación (arousal)-reacción emocional*. Esta constituye la idea básica de la *teoría de los eventos afectivos* y de la *valoración cognitiva* (Ashkanasy, Zerbe, y Härtel, 2002; Ashkanasy, Härtel y Zerbe, 2000; Fineman, 2003; Lord, Kimoski y Kanfer, 2002; Payne y Cooper, 2001; Plutchik, 2003). Se puede hablar de *regulación social de la emoción socialmente construida y fundamentada en grupos y organizaciones* (Mackie y Smith, 2002). De esta forma los individuos hacen que parezca normal lo extraordinario (Ashforth y Kreiner, 2002).

5. ORGANIZACIÓN PATOLÓGICA

Todas las organizaciones tienen una *cara oscura* (Vaughan, 1999). La psicología organizacional se centra cada vez más en las *conductas contraproductivas* como un estilo de comportamiento organizacional. La patología (conductas antisociales o contraproductivas) organizacional, o desviación (*deviance*) en el lugar de trabajo (Bennett y Robinson, 2000) es muy diversa. En los últimos años ha ido adquiriendo mayor relevancia dentro del campo de la teoría y práctica de las organizaciones (Dipboy y Colella, en prensa; Fox y Spector, en prensa; Fox, Spector, y Miles, 2001; Giacalone y Greenberg, 1997; Griffin y O'Leary-Kelly, en prensa; Ones, 2002; Sackett y DeVore, 2001; Sagie, Kolslowsk y Stashevsky, 2003; Spector, 1986; Spector y Fox, 2002; Steve M. Jex, 2002).

Se puede conceptualizar la conducta antisocial, disfuncional o contraproductiva (patología organizacional) en una organización como cualquier conducta que provoca daño o está orientada a causar problemas a una organización, sus empleados o patrocinadores (*stakeholders*). Ejemplo de conductas antisociales son: chantajes, venganzas, sobornos, discriminaciones, espionajes, extorsiones, fraudes, violencia interpersonal, puñaladas por la espalda o traiciones, procesos legales injustificados, mentiras, sabotaje, acoso sexual, robos, violaciones de la confianza, chivatazos, destrucción de material, mal uso de información, falta de asistencia al trabajo o llegar tarde, utilización de drogas, agresión física a los compañeros de trabajo, no poner en práctica las medidas de seguridad, corrupción, etc. Otras patologías son: el oscurantismo, hacer hoy lo que se hizo ayer (tendencia a la inercia), protección del inepto, politización de la organización, sustituir o reemplazar un estilo de conducta buena o ética por otra patológica (*Ley de Gresham*), *Principio de Peter*, etc. (cfr., Fernández-Ríos, 1999).

Algunos ejemplos concretos de patología organizacional son los que se van a mencionar a continuación.

- *Comparación social*. Parece existir en el ser humano un impulso o tendencia psicobiológica a comparar su situación individual, organizacional y social con la de todos. Consiste en el proceso de comparación de la situación individual y social propia con la de otros (Suls y Wheeler, 2000). Hay dos tipos de comparación:
 - (a) *Comparación hacia arriba* (por ejemplo, «Yo tengo esto, pero aquella otra persona más rica y que tiene mayores posibilidades ha conseguido cosas que yo

anhelo») puede conducir a una devaluación del *self*, a un sentimiento de privación, envidia, culpa, vergüenza, resentimiento, etc.

- (b) *Comparación hacia abajo* (por ejemplo, «Yo tengo más que las personas que pasan hambre y tiene un sinnúmero de desgracias») puede servir para realzar la autoestima, el optimismo, admiración, etc. Viene a ser un mecanismo de defensa para reducir la ansiedad.

Las personas juzgan su experiencia comparándola con sus estándares internos o subjetivos de justicia. Puede surgir, entonces, el sentimiento de *privación relativa*. Cuando se considera injustamente tratado, se siente privado de lo que considera justo y se siente dolido. Hay dos clases de privación: *privación egoísta*: se refiere a la comparación de los sentimientos subjetivos con los de otras personas; y, *privación fraternal*: los individuos comparan la situación del propio grupo con otro (*exogrupo*) (Lind, Kray y Thompson, 2001; Walker y Smith, 2002).

- *Comportarse dañinamente, socavamiento de las relaciones interpersonales o rechazo interpersonal* en relación con los otros. Hace referencia a la evaluación relacional. El grado en que una persona considera que sus relaciones con otras son valorables, importantes y próximas. En las evaluaciones interpersonales unos individuos *devalúan* o deprecian a otros. *Consecuencias*: tristeza, ansiedad, soledad, celos, culpabilidad, vergüenza, desconcierto personal, sentirse dolido y ofendido, traición, etc. (Kowalski, 200; Leary, 2001).
- *Estigmatización, desvaloración y rechazo de los otros*. Además, son de gran importancia los procesos de *evaluación o valoración* interpersonal entre los miembros de la organización. Generan procesos de estigmatización y humillación de los otros. Todo lo que intimide y desafíe la propia identidad puede ser considerado como amenazante y peligroso (Leary, 2001; London, 2001). Los *otros* se transforman en los excluidos, los desvalorizados y los extraños (Abrams, Marques y Hogg, 2003; Hogg, 2001; McGarty, Yzerbyt y Spears, 2002). Son desindividualizados de sus peculiaridades como personas. Además se les objetiviza como seres humanos extraños e impersonales (Postmes, Spears, Lea y Reicher, 2000).
- *Hipocresía*. Para Ian Miller (1998) la hipocresía constituye uno de los *vicios o defectos morales* que producen asco en las personas mínimamente éticas. Los hipócritas suelen convertirse en *servidores morales*. Son personas que tratan con la santidad moral o tienen que enmugrecerse moralmente para hacer lo que otras personas u organizaciones necesitan que se haga. Se mueven siempre en los alledaños o el filo de la navaja de lo legal. Los hipócritas son parásitos del orden moral y socavan las fuerzas de los individuos u organizaciones a los cuales dicen servir. La hipocresía suele estar adobada por la adulación simulada, la traición, y una cierta crueldad indolente y despiadada. Practican una servidumbre voluntaria. Solo piensan y todo lo subordinan a sus propios intereses.
- *Culpabilizar a los individuos, grupos y organizaciones de sus propios problemas o fracasos*. Esto no conduce a nada positivo. Cuando se atribuye la responsabilidad de los fracasos a los individuos u organizaciones no se soluciona ningún problema. Es más, se agravan (Branscombe y Doosje, 2003).
- *Rumor*. El rumor es difundir una habladuría que no se conoce si es cierta o no. Las habladurías, las murmuraciones, forjan un caldo de cultivo organizacional que solo sirve para socavar los fundamentos de la confianza interpersonal. El rumor destruye las relaciones interpersonales. El chismorreo organizacional sirve para: dañar y devaluar al otro, forjar legitimidad, diseminar información interesada, controlar actitudes y

estilos de comportamiento, establecer y mantener relaciones interpersonales forzadas, etc. (Frost, en prensa; Rosnow, 2001).

- *Injusticia organizacional*. Cahn (1949) considera que la reacción al *sentimiento de injusticia* está enraizado en la naturaleza humana. La vulneración de los sentimientos de justicia (*motivo de justicia*) suele ser degradante para la dinámica individual y social de los individuos (Folger y Cropanzano, 1998; Miller, 2001; Ross y Miller, 2002). En las organizaciones se distinguen cuatro clases de justicia (y, por lo tanto, de injusticia): (a) *distributiva*: distribución equitativa de resultados; (b) *procedural*: procesos equitativos para la toma de decisiones; (c) *interaccional*: relaciones interpersonales justas y respetuosas (Blader y Tyler, 2003; Cropanzano, Wright, 2003; Cropanzano y Byrne, 2001; Cropanzano, Byrne, Bobocel y Rupp, 2001; Folger y Cropanzano, 1998; Gilliland y Chan, 2001); y, por último, (d) *justicia sistémica*. Se refiere a los juicios de equidad concernientes a la organización como un todo (Beugre y Baron, 2001).
- *Emociones negativas en el trabajo*. Hochschild (1983) habla de disonancia emotiva para hacer referencia a la diferencia entre la emoción sentida y la expresada. Cuando los problemas interpersonales, en la vida organizacional o no, se transforman en negativos se habla de *emociones tóxicas* (Frost, 2003) (Véase Cuadro III).

CUADRO III.

EMOCIONES DESAGRADABLES PROVOCADAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DE UNA ORGANIZACIÓN. TOMADO A PARTIR DE LAZARUS (2000) Y LAZARUS Y LAZARUS (2000).

Emociones desagradables	Concepto
Enojo/ira	Una ofensa humillante o desagradable <i>contra</i> el <i>ego</i> o los míos. Ej.: «Me irritan las injusticias en la organización en la que trabajo»
Envidia	Esperar o querer algo que tiene <i>otra</i> persona. Ej.: «Me gustaría conseguir el ascenso en la carrera profesional que ha logrado mi compañero».
Celos	Sentir resentimiento o enojo hacia una tercera persona por la <i>pérdida</i> , o la amenaza de pérdida, del favor (afecto, conseguir un empleo, lograr una promoción en la organización, etc.) de otro. Ej.: «Siento enojo hacia la persona X, que ha conseguido una promoción, que es lo que yo anhelaba».
Ansiedad	Preocupación o desasosiego por el riesgo de enfrentarse a una <i>amenaza</i> (real o ilusoria) <i>incierto</i> . Ej.: «Estoy inquieto porque percibo un cierto riesgo de que me pueden expulsar de la organización de trabajo. Como consecuencia no podría ayudar a mi familia».
Culpa	Sentimiento subjetivo de la transgresión de un imperativo moral. Se refiere a transgresiones morales. Ej.: «Me siento culpable de no haber sujetado bien este andamio, porque cedió y se murieron dos compañeros».
Vergüenza	El fracaso personal del sujeto <i>es no estado a la altura de ideal personal o del ego</i> . Ej.: «Siento humillación y sentimiento de ridículo por la desazón que me produce no comportarme mejor en una situación especial».

- *Adicción al trabajo (workaholism)*. Se refiere a centrarse de una forma excesiva en el trabajo, sin razón económica aparente. Esta clase de personas piensan que *pierden el tiempo* cuando no están trabajando, perciben el trabajo como algo divertido, no

dejan tiempo libre para otras actividades, se sienten obligados a trabajar de una forma dura, etc. Suele incluir dos aspectos:

- (a) *Deleite* o *disfrute*: «La mayor parte del tiempo mi trabajo es muy placentero» «A mi me gusta mi trabajo más que a la mayor parte de la gente».
- (b) *Impulso*: «Tengo una compulsión interna para trabajar duro»; «A menudo siento que hay algo interior que me impulsa a trabajar duro» (McMillan, Brady, O'Driscoll y Marsh, 2002).

- *Patologización del discurso*. El lenguaje no es neutro (Bourdieu, 1985). Nunca lo puede ni lo debe ser. Sirve para legitimar o desvalorizar. El discurso lingüístico se utiliza para justificar motivaciones, estructuras de poder y lo políticamente correcto. Con el lenguaje se justifica todo lo que se considere pertinente legitimar. Cuando no son «cosas que pasan», o «qué le vamos a hacer», se utilizan toda clase de *eufemismos*. Son útiles para *enmascarar*, o, incluso, *otorgarles un estatus respetable*, a actividades, pensamientos e ideologías públicamente reprochables y difíciles de legitimar. A través de una verborrea retorcida y confusa lo reprehensible se torna benigno, legítimo e, incluso, políticamente correcto (Bandura, 1996). Sykes y Matza (1957) consideran que controlando el lenguaje se *neutraliza* lo indeseable, peligroso y políticamente criticable. Collins y Glover (2003) hablan de *lenguaje colateral*. Con este concepto se refieren a la creación de léxico para añadir y justificar significados. Ejemplos de lenguaje colateral son:

- (a) en la guerra: *bajas civiles*, en vez de muertos o asesinados; *incursiones aéreas* en vez de ataques con aviones arrojan o dejan caer miles de *bombas inteligentes*; *teatro de operaciones*, al campo de batalla; *defender los derechos y libertades de ciertos pueblos*, a lo que es cambiar sangre por dinero y zafios intereses de muy diversa suciedad; *ayuda humanitaria* a curar las heridas por los mismos que hacen y apoyan la guerra (ej. guerra de Irak); y,
- (b) en la organización pública y dinámica política: *contabilidad creativa*, a la manipulación de las cuentas; *intereses nacionales o para toda la sociedad*, a lo que es objetivo de política electoral y de captación de votos; *cohesión interna del partido*, a lo que es miedo, incapacidad a discrepar, sectarismo, y pensamiento estereotipado y estigmatizante hacia los que no piensan como «nosotros»; etc.

- *Vagancia*. La *holgazanería*, la *gandulería*, el *gorroneo*, y el *aprovecharse del esfuerzo de los demás* se refieren todos al mismo fenómeno: vivir del trabajo y sudor de los demás. Los trabajadores o miembros de un grupo están menos motivados y rinden menos cuando trabajan para beneficio del grupo, que cuando lo hacen individualmente (Goren, Kurzban y Rapoport, 2003; Kidwell y Robie, 2003; Williams, Jackson y Karau, 1995). Algunos aspectos de esta perspectiva se incluyen hoy en día dentro de la denominación de *psicología de no hacer nada* (Anderson, 2003). Pues, al profesional de vivir del esfuerzo ajeno le sirve cualquier *excusa* o *justificación* (Shaw, Wild y Colquitt, 2003; Weiner, Folkes, Amirkhan y Verette, 1987). Siempre hay subterfugios para no trabajar o ausentarse *del trabajo* (Martocchio y Jimeo, 2003).

- *Mala utilización de las estructuras de poder*. El poder conlleva: (a) obligar o persuadir a otra persona, grupo u organización; (b) a hacer algo de una forma más o menos voluntaria; y, (c) con unos intereses o beneficios concretos. El poder dentro de las organizaciones puede adquirir una gran variedad de patologías. El tener y ejercer el poder no tiene por qué ser maligno, pero puede adquirir dimensiones muy perversas y dañinas. Todo ello termina por *corroer* el carácter de los miembros de la organización (Sennett, 1998). Es lo que tradicionalmente se viene denominado *burnout*, desgaste

psicológico del trabajo o sentimiento de quemado. Ejemplos de dichas patologías son:

- (a) el *bullying* o *mobbing* implica un proceso de acoso o abuso moral dentro de la dinámica normal de una organización (Einarsen, Hoel, Zapf y Cooper, 2002). Conceptos relacionados con el *bullying* son: socavar, vampirizar o minar (*undermining*) el apoyo social u organizacional; *supervisor tiránico* o *abusivo* (Zellars, Tepper y Duffy, 2002); *abuso de poder* o de *confianza y traiciones* (Elangovan y Shapiro, 1998; Koehler y Gershoff, 2003); *insultos* (Gabriel, 1998); *tiranía organizacional* (Ashforth, 1997); no hacer nada positivo en la organización a través del *silencio organizacional* (Morrison y Milliken, 2000); etc. Estos conceptos se refieren a la manifestación de conductas interpersonales hostiles tanto verbales como no verbales. Se excluye la agresión física.
- (b) *camaredería compinchada* (*cronyism*) que es el *favoritismo* que existe entre un superior y un subordinado para alcahuetear en la organización la lealtad y beneficios mutuos (Khatri, y Tsang, 2003).
- (c) utilización de poder para *forjar estilos de vida organizacional corruptos* (Fernández-Ríos, 1999; Lee-Chai y Bargh, 2001) o de *cómo* no pagar impuestos (Braithwaite, en prensa).
- (d) degradación psicológica y social al forzar a los trabajadores a llevar a cabo trabajos desagradables o repugnantes (*trabajo sucio*) (Ashforth y Kreiner, 1999). Y, por último,
- (e) *ostracismo* de los miembros de la organización que interesa silenciar o mantener al margen de la dinámica organizacional cotidiana y normal (Williams, 2001).

Sin embargo, en muchas ocasiones, en toda organización *hay personas que utilizan el poder y a los que lo detentan en beneficio propio*. Algunas estrategias para ello son: no eclipsar a los superiores; conseguir que los jefes parezcan brillantes; adular a los jefes; no confiar demasiado en los compañeros; saber utilizar a los amigos en beneficio propio; ocultar las intenciones según intereses; lo que no se ve no tiene valor; juzgarlo todo por la apariencia; llamar la atención, no perderse en el todo; utilizar el trabajo de los demás en beneficio propio; evitar a los infelices y desafortunados; hacer que la gente dependa de uno; utilizar la generosidad para desarmar a los enemigos; actuar como un amigo, y trabajar como un espía personal; hundir al enemigo, haciéndole jugar en el campo que a uno le interese; parecer imprescindible; mantener la duda y el suspense en los demás; no ofender a la persona equivocada; no comprometerse con nadie que no interese; hacerse el ingenuo y utilizar las crisis en ventajas personales; crearse una imagen positiva; aparentar honestidad, y actuar con audacia; fingir esfuerzo; descubrir el punto débil del jefe, y no mostrar las cartas personales; saber calcular el momento preciso para conseguir ventajas y beneficios; simular ser original, pero no en demasía; manipular los sentimientos y desdeñar lo que no interese; ser falsamente perfecto; constancia en las metas personales; no perder el tiempo en cosas que no ofrezcan ventaja; dar una imagen de ingenuo, pero no ser estúpido; etc. (Alinsky, 1971; Cipolla, 1991; Greene, 1999; Shepperd y Socherman, 1997; Shepperd y Kwavnick, 2000; Sternberg, 2003a).

6. HACIA ORGANIZACIONES POSITIVAS: TRABAJO SALUDABLE

El *lugar de trabajo saludable y/o organizaciones saludables* presenta una serie de características. Algunas son: *comunicación abierta; diversidad tolerante; justicia organizacional; distribución equitativa de las recompensas; contexto favorecedor de la promoción de la*

salud; responsabilidad compartida; liderazgo; claridad de roles; congruencia en las metas; moral adecuada; posibilidades de promoción personal u oportunidades para el aprendizaje; contenido y programación de la tarea a realizar; apoyo organizacional; ordenación flexible del tiempo que requiere la organización; etc. (DeJoy y Wilson, 2001; DeJoy, Wilson, Griffin y Peer, 1997; Lovey y Nadkarni, 2003; Murphy y Cooper, 2000; Newell, 2002; Osipow y Spokane, 1987; Quick y Tetrick, 2003; Tetrick, 2002; Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson y Griffin-Blake, 2002; Viswesvaran y Ones, 2002).

Se habla de *organizaciones positivas*. Éstas se refieren a aquellos contextos organizacionales en los cuales se favorece: una actitud positiva hacia el *self* (*autoaceptación*) y *aceptación e integración social*; la potencialidad de *crecimiento personal y social*; un *sentido de propósito y significado* existencial de lo que se hace; sentirse socialmente útil; *sentimiento de control y dominio* (*mastery*); *autonomía* creativa; relaciones positivas con otros; etc.. Actualmente está adquiriendo gran difusión la denominada *psicología positiva*. En síntesis, lo que busca es hacer énfasis en los recursos que tienen los individuos, grupos y organizaciones (*psicología positiva*), y no en los déficits o problemas (*psicología negativa*).

La promoción de un *contexto organizacional y social saludable* puede generar claros beneficios en la dinámica de la organización y la productividad. Por ejemplo, reduce el absentismo laboral; minimiza los accidentes laborales; mejora la cultura y clima organizacional; incrementa la productividad; mejora el proceso de toma de decisiones; capta y retiene los mejores profesionales; elimina la discriminación y hostigamiento entre los miembros de la organización; favorece el ambiente de trabajo; incrementa la motivación y compromiso con el trabajo y objetivos de la organización; etc.

Ejemplos de características de una organización saludable son los que se van a señalar a continuación.

- *Sentimiento de justicia*. Es decir, la percepción de *equidad* en el tiempo de trabajo. Esto conlleva equidad en los procedimientos (*justicia procedural*), resultados (*justicia distributiva*), y en las relaciones interpersonales (*justicia interaccional o interpersonal*). Los miembros de una organización se sentirán mejor y rendirán más cuando perciban que los procedimientos y resultados de la dinámica de una organización son justos. Además las personas se sienten valoradas y respetadas por los compañeros y jefes. De esta forma se generará *lealtad e implicación organizacional* (Cohen-Charash y Spector, 2001; Cropanzano, 2001; Gilliland, Steiner, y Skarlick, 2002; Greenberg y Cropanzano, 2001).
- *Legitimación de la autoridad*. La legitimidad organizacional y social es un concepto positivo pues sirve para canalizar el curso normal del proceso de vivir en una organización. En las organizaciones, incluido por supuesto, el Estado y todo el sector público, las personas están más dispuestas a obedecer las leyes si se consideran legítimas y justas. En esta situación es mucho más probable que las personas se sientan motivadas para cumplir las leyes o las reglas del juego (Jost y Major, 2001; Tyler y Huo, 2002).
- Favorecer las *conductas de iniciativa personal*. Es un síndrome conductual que se manifiesta en una toma de iniciativa personal (o estilos de conductas *autocomenzados*) y en el establecimiento de metas en el trabajo. Además, la iniciativa es persistente para vencer las barreras y contratiempos. Todo ello conlleva una *aproximación proactiva* (Fay y Frese, 2001). También se puede utilizar el concepto de *acción afirmativa* individual, organizacional y social (Crosby, Iyer, Clayton y Downing, 2003; Crosby, Fedman, y Wingate, 2001). Blickle (2003) habla de *intentos de influencia intraorganizacional*, Hayes, Barke y Major (2002) de *clima para la oportunidad*, y Deci y Ryan (2002) de *motivación intrínseca y autodeterminación*.

- **Confianza organizacional:** La confianza en las organizaciones es la disposición para tomar y aceptar decisiones en un contexto de *incertidumbre*. Una situación de seguridad emocional favorece: *integridad*, honestidad y carácter moral; *lealtad*; *consistencia de la conducta*; *apertura a nuevas iniciativas*; *discrecionalidad*; *mejora de la competencia*; *sentido de organización*; sentimiento de justicia; apoyo mutuo; evitación del cinismo y vagancia; compromiso organizacional; etc. (Bruhn, 2002; Fichman, 2003; Kramer, 1999; Kramer y Tyler, 1996; Nyhan, 2000; Zeffane y Connell, 2003). La confianza organizacional es, en última instancia, el resultado de un proceso de construcción social (Weber y Carter, 2002). Además, contribuye a fomentar la *autonomía* en el trabajo (Spector y Fox, 2003).
- **Emociones saludables.** Esto es el manejo de las emociones en el trabajo. Lo relevante es:
 - (a) considerar cómo las emociones determinan las conducta en ambientes sociales (*teoría de la disposición de ánimo*); cómo los individuos pueden manejar sus emociones y cómo pueden manifestar emociones diferentes de lo que realmente sienten (*teoría del trabajo emocional*); y, por último,
 - (b) saber leer las propias emociones y la de los demás para guiar la toma de decisiones (*teoría de la inteligencia emocional*) (Ashkanasy, Härtel y Daus, 2002; Bar-On y Parker, 2000; Hochschild, 1983; Matthews, Zeidner y Roberts, 2003). Además se debe tener en cuenta cómo la emoción afecta a las actitudes y relaciones interpersonales y ayuda a corregir la congruencia entre la emoción y el comportamiento (*modelo de corrección flexible* y *modelo de elaboración probabilístico*); y de cómo el afecto influye en los procesos de toma de decisiones interpersonales (*modelo de infusión del afecto*) (Petty, Fabrigar y Wegner, 2003) (Véase Cuadro IV).

CUADRO IV.

EMOCIONES SALUDABLES TOMADO A PARTIR DE LAZARUS (2000) Y LAZARUS Y LAZARUS (2000)

Emociones positivas	Características
Orgullo	Refuerzo de la valía personal al atribuirse el mérito por un objetivo de logro valioso. Ej. «He conseguido superar el problema en el trabajo, y me siento bien y con ganas de hacerlo mejor cada día».
Gratitud	Apreciar lo que otros de manera altruista -o no- hacen por mi. Ej. «Reconozco lo que mis compañeros hacen por mi, cuando estoy en apuros». Ej. «Doy gracias a las personas que me ayudaron cuando tenía un grave problema personal».
Compasión	Sentirse conmovido y experimentar aflicción por el sufrimiento de otras personas, y querer ayudar. Ej. «Me preocupa que mis compañeros se sientan mal por los problemas que puedan tener».
Esperanza	Temer lo peor, pero anhelar lo mejor. Ej. «No estoy seguro, pero me gustaría que me renovasen el contrato en el trabajo».

- **Compromiso organizacional.** Consiste en la aceptación temporalmente consistente, y relativamente voluntaria, de las metas y valores de la organización (Mathews y Shepherd, 2002; Meyer y Allen, 1997). Ejemplos de conductas organizacionales son las siguientes dimensiones:
 - (a) **Identificación:** «Yo me siento como parte de (esta organización)»;

- (b) **Implicación:** «Me agrada creer que mi propio trabajo contribuye al bien de la organización»; y,
 - (c) **Lealtad:** «Ofrecer algo de dinero a otro trabajador para reequilibrar los sueldos, no me impulsaría a cambiar de trabajo ni de empresa».
- **Cultura y/o clima organizacional resistente a la adversidad.** Partimos del supuesto de que los conceptos de cultura y clima organizacional son constructos convergentes, solapados y complementarios (Ashkanasy y Jackson, 2001; Ashkanasy, Wilderom, y Peterson, 2000). Para ello es de gran relevancia favorecer un *clima organizacional ético* (Victor y Cullen, 1987) dentro de un *clima emocional constructivo* (de Rivera, 1992) en el cual predomine la *reconciliación* y el *perdón* sobre la venganza (Aquino, Tripp y Bies, 2001).
 - **Conductas de ciudadanía organizacional.** Son conductas *extra-rol* que van más allá de las demandas formales de la organización. Resultan beneficiosas para la organización. Conlleva *estilos de comportamiento altruista* (*ayudar a otros*), *aceptar la reglas del juego justas*, *ser puntual y cumplidor en el desempeño de las tareas a realizar*, *efectuar sugerencias para mejorar la calidad de vida organizacional*, *no malgastar el tiempo de trabajo*, etc. Forman parte del *capital social* de una organización (Adler y Kwon, 2002; Bolino, Turnley y Bloodgood, 2002). Estas conductas éticas son todo lo contrario a la conducta contraproduktiva (por ejemplo, sabotaje, incivilidad, ausencia voluntaria del trabajo, *mobbing*, etc.) (Cooper, 2002; Lefkowitz, 2003). Los motivos para implicarse en conductas de ciudadanía organizacional pueden ser: (a) *motivo de logro* (lograr solucionar ciertos problemas, tener éxito en la organización); (b) *motivo de afiliación* (establecer y mantener relaciones, recibir aprobación); y, (c) *motivo de poder* (conseguir poder, estatus y una impresión favorable del *self*).
 - **Procedimiento justo de selección de personal.** El que los *test de integridad* sean útiles o no es otra cuestión. El objetivo de los test de integridad es el de descubrir características de personalidad que tienen mayor probabilidad de emitir conductas contraproduktivas (Barrick y Ryan, 2003). El hallar personas con integridad vocacional y sentimiento de justicia organizacional reduce la delincuencia organizacional.
 - **Aproximación constructiva a la solución de conflictos.** Se refiere a una *cooperación colaborativa* entre todos los miembros de un grupo u organización para conseguir objetivos comunes (Deutsch y Coleman, 2000; Tjosvold, Johnson, Johnson, y Sun, 2003; West, Tjosvold, y Smith, 2003). La solución constructiva de conflictos *conlleva cooperación*, *búsqueda de la justicia social*, *motivación intrínseca*, *confianza interpersonal*, *comunicación sincera*, *proceso de atribución que no genere indefensión*, *persuasión para el cambio*, *autocontrol sin perfeccionismo*, *adecuada utilización de los procesos de poder*, *creatividad en la superación de los conflictos*, *crear una cultura y clima de equipo facilitador del consenso*, *ayuda o apoyo mutuo en objetivos comunes*, *coordinación de esfuerzos*, *no perder el tiempo en reuniones inútiles*, *reciprocidad en los acuerdos por consenso*, etc. El conflicto también presenta algunos efectos positivos (véase Cuadro V):

CUADRO V.
PERSPECTIVA POSITIVA DEL CONFLICTO

Valor positivo del conflicto	<ul style="list-style-type: none"> • Motor del cambio individual • Estimula la iniciativa personal y la curiosidad • Reto a las propias capacidades y competencia personal • Favorece el diálogo creativo • Facilita la comunicación confiada, honesta y sincera • Realza la legitimidad y la identidad grupal
------------------------------	--

- *Reponsabilidad prospectiva (o proactiva) individual y organizacional.* La responsabilidad conlleva aspectos morales de las *acciones* y sus *consecuencias*. Ser responsable implica ser agente activo de un comportamiento intencionado, libre y bajo control personal u organizacional que afecta, directa o indirectamente, a otros (Auhagen y Bierhoff, 2001). Weiner (1995, 2001) relaciona la responsabilidad con la teoría de la atribución.
- *Crear valor público o privado.* Valor es lo que *produce*, dentro de un contexto político legal y ético, una organización. Las organizaciones consumen recursos (recursos humanos, económicos, etc.). Resultado de la gestión de todo ello son la *solución de problemas* o *satisfacción de necesidades sociales* (por ejemplo, salud, educación, vías de circulación, ferrocarriles, bibliotecas, etc.). Crear valor conlleva el utilizar gestores imaginativos, resueltos, emprendedores y reflexivos. Luchan por la justicia social y se consideran agentes de acciones morales y responsables. Los gestores públicos o privados deben gestionar no sólo el uso del dinero, sino también la puesta en práctica de la *autoridad* como generadora de recursos humanos (Moore, 1998). En caso contrario se favorece la corrupción, el continuo tráfico de influencias y la incompetencia organizacional. Y hay que tener en cuenta que muchos ciudadanos tratan de regular la desviación de la normas dentro de su control. El objetivo es, además de corromperse, mantener una imagen social positiva (*teoría de la regulación de la desviación*) (Blanton, 2003).
- *Buscar hacer las cosas bien.* Lo que se podría denominar *perfeccionismo adaptativo*. Perfeccionismo es el impulso para hacer las cosas de forma impecable e intachable en un número más o menos numeroso de aspectos de la vida. Los individuos establecen estándares de ejecución demasiado elevados. Aquí se hace referencia al *perfeccionismo adaptativo* (no patológico) y que mejora la calidad de vida y salud individual y organizacional (Flett y Hewitt, 2002) (Véase Cuadro VI). Sternberg (2003b) menciona 101 reglas para ser *exitoso*, sin caer en lo patológico. Aunque el autor las aplica al contexto académico, considero que son de gran interés para todos los ámbitos sociales.

CUADRO VI.
COMPARACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO ADAPTATIVO Y PATOLÓGICO (FLETT Y HEWITT, 2002)

Perfeccionismo maladaptativo	El individuo no suele experimentar placer en el trabajo; inflexibilidad en estándares elevados; miedo al fracaso; centrarse en evitar el error; ansiedad ante las tareas; sentido de autodignidad dependiente de la ejecución; motivación para evitar consecuencias negativas; autocrítica evitadas con el fracaso; creencia en que uno sería excelente; etc.
Perfeccionismo adaptativo	Experimenta satisfacción en trabajo; modifica los estándares de éxito de acuerdo con la situación; lucha realista por el éxito; centrarse en hacer las cosas bien; valoración del <i>self</i> independientemente de la ejecución; motivación para lograr recompensas; deseo de éxito equilibrado; duda razonable acerca del resultado de las propias acciones; etc.

- *Liderazgo, íntegro, auténtico, constructivo o transformacional.* Características del líder: *preocupación por otros; sensibilidad política; capacidad de decisión; determinación; autoconfianza; integridad; digno de confianza; honestidad y apertura a la novedad; empowering; facilidad de comunicación; accesibilidad; propicia el pensamiento crítico y estratégico; etc.* (Alban-Metcalf y Alimo-Metcalf, 2000; Bass y Steidlmeier, 1999).

7. ¿ORGANIZACIONES NO-GUBERNAMENTALES O NEOGUBERNAMENTALES (ONGS)?

Los *movimientos sociales no gubernamentales* adoptan actualmente una gran diversidad de formas. Uno de ellos son las ONGs. Para referirse a este movimiento se emplean, entre otros términos, *non profit sector*, tercera dimensión, tercer sector, tercer sistema, privado social, o voluntariado social. La característica común a todas ellas es, *por lo menos en principio*, la *cultura de la solidaridad*. Digo, *por lo menos en principio*, porque:

- hay ONGs que se transforman en una burocracia para conseguir subvenciones, y, en última instancia, pretender vivir del cuento;
- otras actúan como falsos brazos solidarios de los partidos políticos y las estructuras de poder para llevar a cabo un proceso de control social; e, incluso, las hay que,
- tienen, descaradamente, como único objetivo el lucro personal.

Los sujetos implicados en actividades de voluntariado suelen ser, generalmente, personas con *valores postmateriales*, que viven en un contexto que favorece la preocupación por lo demás. Los ciudadanos que se implican en la cultura de la solidaridad cuando *perciben la necesidad de los demás, sienten empatía por ellos, y son conscientes de que sus acciones resultan útiles y prácticas para la solución de los problemas*. Los problemas psicológicos del materialismo son de todos conocidos (Kasser y Kanner, 2003).

Pero, *¿qué les motiva a implicarse en actividades de ayuda a los demás?* Algunas de las razones para implicarse en actividades de voluntariado útiles, sinceras y éticas son las siguientes: sentirse preocupado por aquellos a quienes facilitan la ayuda; búsqueda de beneficios personales relacionados con el propio desarrollo personal; sentimiento de utilidad;

búsqueda de novedades; compromiso social para transformar la realidad social; adquisición de nuevos conocimientos o práctica profesional; implicación en actividades valoradas como importantes por otras personas; reducir el sentimiento de culpa; considerarse más afortunado que otros; realzar la propia autoestima al compararse con otros; etc.

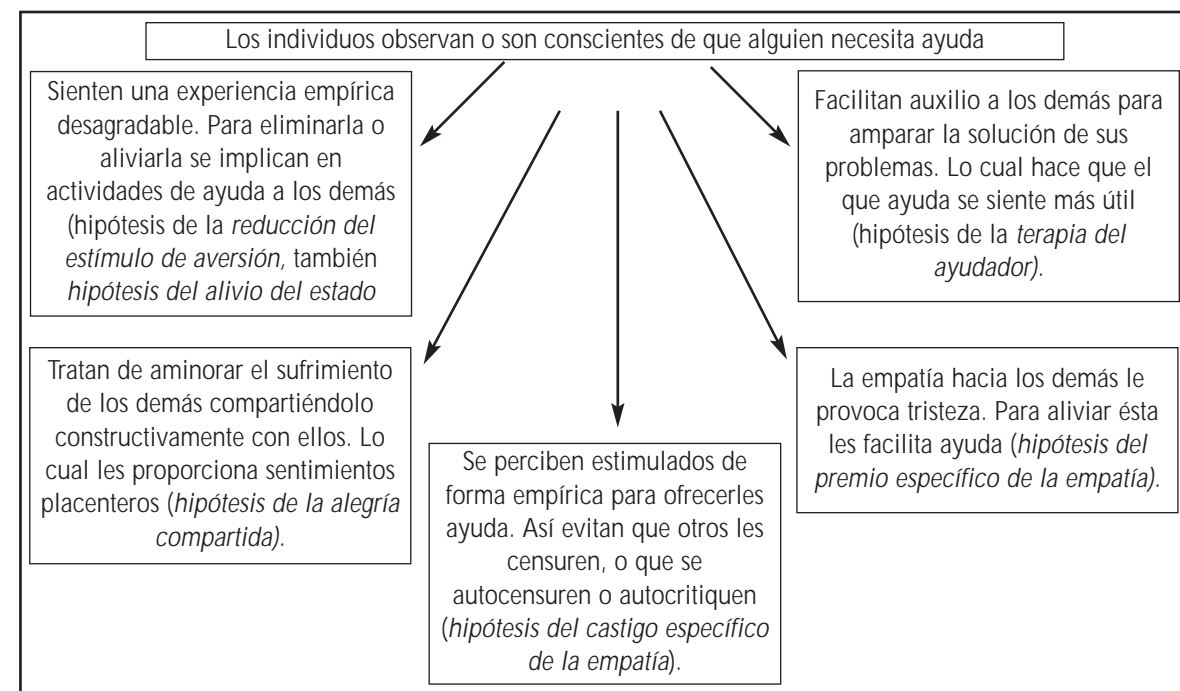
Las ONGs presentan unas características, intentan solucionar una clase de problemas y tienen unos graves inconvenientes. Se pueden observar en el Cuadro VII.

CUADRO VII.
CARACTERÍSTICAS, PROBLEMAS E INCONVENIENTES DE LAS ONGS.

Características	Problemas a solucionar	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> • Temas (defensa de la paz, ecologismo, ayuda a los necesitados, etc.) • Valores postmateriales • Modos de acción (crítica a lo establecido, independencia política). • Actores (voluntariado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Irresponsabilidad de los gobiernos en la solución de problemas. • Deficiente organización social. • Injusta distribución de recursos. • Falta de conciencia social sobre los problemas • Falta de profesionalidad de sus miembros. 	<ul style="list-style-type: none"> • La filantropía es insuficiente. • Riesgo de manipulación por parte de intereses ocultos. • Particularismo de las acciones del voluntariado social al concentrarse en ciertos subgrupos y contextos específicos • Proliferación de más y más asociaciones

Los individuos se implican en acciones de voluntariado social por muy diversos motivos. Véase Cuadro VIII.

CUADRO VIII.
PRINCIPALES HIPÓTESIS ACERCA DE PARA QUÉ LOS INDIVIDUOS SE IMPLICAN EN CONDUCTAS ALTRUISTAS (SNYDER, CLARY, Y STUKAS, 2000; SOBER Y WILSON, 2000).



De muchas de las organizaciones que han surgido en los últimos años se puede llegar a sospechar que obedecen a *intereses ocultos* que poco tienen que ver con la solidaridad. Además, hay organizaciones que se solapan en sus objetivos. Solamente varían las personas. Entonces, ¿para qué surgen?, ¿qué intereses hay detrás de ellas?. La respuesta a estas preguntas podríamos encontrarla en el afán de protagonismo de ciertas personas, la captación de subvenciones públicas para otros intereses, el control político e ideológico de este movimiento, etc. Hoy en día hay algunas ONGs, y muchas organizaciones *neogubernamentales* (ONGs orgánicas). En este caso las ONGs se convierten en los *brazos falsamente solidarios de los partidos políticos, las multinacionales, y de todos aquellos que aspiran a controlar la dinámica del poder social y los movimientos sociales*.

Las ONGs saludables, responsables y éticas se pueden transformar en organizaciones para el desarrollo en múltiples aspectos. Pueden hacer mucho por la mejora de la calidad de vida de las personas. Favorecer el desarrollo sostenible, el automanejo (*autodesarrollo*) del contexto sociomaterial propio, etc. (Schmid, 2001; Schmuck y Schultz, 2002).

8. HACIA UN TRABAJO DECENTE: LUCHA POR LA CALIDAD DE VIDA

La *Organización Internacional del Trabajo* (International Labour Organization, 1999) (<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>) introduce el concepto de *trabajo decente*. Incluye los aspectos de: (a) satisfacción de las necesidades básicas y respeto a la dignidad humana; (b) trabajo creativo, productivo y seguro; (c) respeto a los derechos laborales; (d) obtención de los ingresos económicos justos; (e) protección social en caso de desempleo involuntario; (f) diálogo social favorecedor de la libertad sindical, negociación colectiva; (g) oportunidad para la carrera profesional o de promoción y formación; (h) participación constructiva (*empowerment*) no sólo en la solución de los problemas que puedan surgir, sino también en la construcción de un contexto de trabajo facilitador de la calidad de vida; y, por último, (i) relaciones interpersonales positivas.

Un adecuado lugar de trabajo conlleva un esfuerzo por forjar una mejor *calidad de vida* o *bienestar subjetivo y objetivo*. De los diversos componentes de la calidad de vida (vida familiar, religiosa, social, de ocio, etc.) uno de ellos es el de las características de vida en el trabajo (Kahneman, Diener y Schwartz, en prensa; Sirgy, 2001, 2002). Actualmente se le está concediendo cada vez más relevancia a la *espiritualidad* y *religión* como recursos positivos para la ejecución o productividad organizacional (Giacalone y Jurkiewicz, 2003).

9. A MODO DE CONCLUSIÓN: HACIA UNA SOCIEDAD BIEN ORDENADA

Al margen de las clásicas utopías, se han efectuado aproximaciones realistas para la construcción de un mundo mejor. Son las siguientes:

- (a) Punto de vista de la *ética*: una *sociedad bien ordenada* está regulada por una concepción pública de la justicia. Los ciudadanos cooperan, política y socialmente, para conseguir objetivos comunes justos y éticos. Para ello se supone que los individuos son racionales y generan mutuamente seguridad y confianza (Rawls, 1996, 2002).
- (b) Perspectiva del *psicoanálisis sociocultural*. Una *sociedad sana* fomenta el sentimiento de transcendencia, fraternidad, sentimiento de identidad y de autorrealización (Fromm, 1956).

(c) *Orientación económica*. Una *sociedad mejor* tiene que ver con un buen sistema económico, control de la inflación, redistribución del poder político, y mejora de la educación (Galbraith (1997)).

Las cosas buenas y malas hechas en una sociedad u organización se transmiten transgeneracionalmente a través de la *memoria organizacional*. Hoy en día, como siempre, la sociedad no está mínimamente bien organizada. Se podría llevar a cabo mucho más. No se hace porque el poder y el dinero actúan como víboras que envenenan a todo lo que se halla fuera de su control. Las leyes y el orden internacional configuran una hoja de afeitar que rasuran la barba del rico, y seccionan la yugular del pobre. Los indefensos y la cloaca de la sociedad configuran el fango que fundamenta la autoestima de los que ejercen el poder. Hay que esperar y luchar constructivamente por una solución; pero poco resultado esperanzador se otea en el horizonte. El poder y el dinero lo tiñen todo en función de sus intereses. Existe una esperanza desesperanzada. Los ricos y poderosos establecen un discurso de lucha por los derechos humanos. Los seres humanos que habitan y yacen en las cloacas están *atristados*. A muchos se les ha condenado estructuralmente a la indefensión. Sus derechos han sido usurpados, o no los saben conquistar. Vale la pena luchar por un mundo mejor. Pero siempre será, en última instancia, lo que quieran los que ejercen el poder.

Algunas ONGs pueden parchear, camuflar, disimular o incluso, cronificar y agravar ciertos problemas. Se hacen cosas muy positivas. Sin embargo, la solución real de los problemas se halla en otra parte: en el poder político y económico. Para el que se muere de hambre o de una infección, para el que no tiene satisfechas las necesidades primarias (comida, sanidad, vivienda y educación) las soluciones legales (y ¡justas!) siempre le van a llegar tarde. Se hablará de derechos humanos, de justicia social, de igualdad de oportunidades, de ONGs, de crear nueva legislación u orden internacional, de luchar por la paz, de llegar a nuevos acuerdos internacionales, etc. Pero millones de necesitados perderán lo más preciado que tienen: la vida. Después de muertos, para ellos todo está de más. Los difuntos claman justicia. Muchos de los vivos, se tambalean en el filo de la muerte. Mientras tanto los que detentan el poder político, judicial y económico deliberan acerca de qué hacer. En ocasiones, los gestores de la *cosa pública* manifiestan una indolencia e insensibilidad psicopática hacia el sufrimiento de los demás. Sin embargo, hay alternativa positiva para el desarrollo integral. Es la última esperanza de justicia y dignidad. Pero con otro ser humano, con otra cultura y otra prioridad de valores. ¿Es posible? Esperemos que sí, pues «*si perece la justicia, carece ya de valor que vivan los hombres sobre la tierra*» (Kant, 1989, 332).

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D., Marques, J.M. y Hogg, M.A. (2003). *The social psychology of inclusion and exclusion*. Philadelphia: Psychology Press.
- Adler, P.S. y Kwon, S.W. (2002). Social capital: prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27, 17-40.
- Alban-Metcalfe, R.J. y Alimo-Metcalfe, B. (2000). An analysis of the convergent and discriminant validity of the Transformational Leadership Questionnaire. *International Journal of Selection and Assessment*, 8, 158-175.
- Alinsky, S.D. (1971). *Rules for radicals*. New York: Random House.
- Anderson, C.J. (2003). The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin*, 129, 139-167.
- Aquino, K., Tripp, T.M. y Bies, R.J. (2001). How employees respond to personal offense: the effects of blame attribution, victim status, and offender status on revenge and reconciliation in the workplace. *Journal of Applied Psychology*, 86, 52-59.
- Ashforth, B.E. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47, 755-778.
- Ashforth, B.E. y Kreiner, G.E. (2002). «How can you do it»: dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Academy of Management Review*, 24, 413-434.
- Ashforth, B.E. y Kreiner, G.E. (2002). Normalizing emotion in organizations: making the extraordinary seem ordinary. *Human Resource Management Review*, 12, 215-235.
- Ashforth, B. (1997). Petty tyranny in organizations: a preliminary examination of antecedents and consequences. *Revue Canadienne des Sciences de l'Administration/Canadian Journal of Administrative Sciences*, 14, 126-140.
- Ashkanasy, N.M. (2002). Diversity and emotion: the new frontiers in organizational behavior research. *Journal of Management*, 28, 307-338.
- Ashkanasy, N.M., Härtel, C.E. J. y Zerbe, W.J. (eds.) (2000). *Emotions in the workplace research theory and practice*. Westport: Quorum Books.
- Ashkanasy, N.M. y Jackson, C.R.A. (2001). Organizational culture and climate. En N. Anderson, D.S. Ones, H. K. Sinangil y C. Viswesvaran (eds.), *Handbook of industrial, work and organizational psychology (vol. II): Organizational psychology* (pp. 398-415). London: Sage Publications.
- Ashkanasy, N.M., Wilderom, C.P.M. y Peterson, M.F. (eds.) (2000). *Handbook of organizational culture and climate*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ashkanasy, N.M., Zerbe, W.J. y Härtel, C.E. J. (eds.) (2002). *Managing emotions in the workplace*. Armonk: M.-E. Sharpe.
- Auhagen, A.-E. y Bierhoff, H.W. (eds.) (2001). *Responsibility. The many faces of a social phenomenon*. New York: Routledge.
- Bandura, A. (1996). Teoría social de la comunicación de masas. En J. Brinete y D. Zillman (eds.), *Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías* (pp. 89-554). Barcelona: Paidós.
- Barling, J. y Frone, M. (eds.) (2003). *Psychology of workplace safety*. Washington: American Psychological Association.
- Bar-On, R. y Parker, D.A. (eds.) (2000). *The handbook of emotional intelligence. Theory, Development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Barrick, M. y Ryan, A.M. (eds.) (2003). *Personality and work: reconsidering the role of personality in organizations*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Bass, B. y Steidlmeier, P. (1999). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *The Leadership Quarterly*, 10, 181-217.
- Bar-Tal, D. (2000). *Shared beliefs in a society. Social psychological analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Beugré, C.D. y Baron, R.A. (2001). Perceptions of systemic justice: the effects of distributive, procedural, and interactional justice. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 324-339.
- Bennett, R.J. y Robinson, S.L. (2000). Development of a measure of workplace deviance. *Journal of Applied Psychology*, 85, 349-360.
- Blader, S.L. y Tyler, T.R. (2003). What constitutes fairness in work settings? A four-component model of procedural justice. *Human Resource Management Review*, 13, 107-126.
- Blanton, H. y Christie, C. (2003). Deviance regulation: a theory of action and identity. *Review of General Psychology*, 7, 115-149.
- Blickle, G. (2003). Convergence of agents' and targets' reports on intraorganizational influence attempts. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 40-53.

- Bolino, M.C., Turnley, W.H. y Bloodgood, J.M. (2002). Citizenship behavior and the creation of social capital in organizations. *Academy of Management Review*, 27, 505-522.
- Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.
- Braithwaite, V. (en prensa). *Taxing democracy. Avoidance and evasion* London: Ashgate.
- Branscombe, N.R. y Doosje, B. (eds.) (2003). *Collective guilt: international perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Brief, A.P. y Weiss, H.M. (2002). Organizational behavior: affect in the workplace. *Annual Review of Psychology*, 53, 279-307.
- Bruhn, J.G. (2002). *Trust and the health of organizations*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Camps, V. y Giner, S. (1998). *Manual de civismo*. Barcelona: Ariel.
- Canh, E. (1949). *The sense of injustice*. New York. New York University Press.
- Chambers, W.V., Langone, M.D., Dole, A.A. y Grice, J.W. (1994). The group psychological abuse scale: a measure of the varieties of cultic abuse. *Cultic Studies Journal*, 11, 88-117.
- Cipolla, C.M. (1991). *Allegro ma no troppo*. Barcelona: Crítica.
- Cohen-Charash, Y. y Spector, P.E. (2001). The role of justice in organizations: a meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86, 278-321.
- Collins, J. y Glover, R. (2003). *Lenguaje colateral. Claves para justificar una guerra*. Madrid: Páginas de Espuma.
- Cooper, C.L. (ed.) (2002). *Fundamentals of organizational behavior*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cropanzano, R. (eds.) (2001). *Justice in the workplace. (vol. I): Approaching fairness in human resource management. (vol. II): From theory to practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cropanzano, R. y Byrne, Z.S. (2001). When it's time to stop writing policies. An inquiry into procedural injustice. *Human Resource Management Review*, 11, 31-54.
- Cropanzano, R., Byrne, Z.S., Bobocel, D.R. y Rupp, D.E. (2001). Moral virtues, fairness heuristics, social entities, and other denizens of organizational justice. *Journal of Vocational Behavior*, 58, 164-209.
- Cropanzano, R. y Wright, T.A. (2003). Procedural justice and organizational staffing: a tale of two paradigms. *Human Resources Management Review*, 13, 7-39.
- Crosby, F.J., Fedman, B.M. y Wingate, B. R. (2001). Addressing and redressing discrimination: affirmative action in social psychology perspective. En R. Brown y S.L. Gaertner (eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intergroups processes* (pp. 495-513). London: Blackwell Publishers.
- Crosby, Iyer, A., Clayton, S. y Downing, R.A. (2003). Affirmative action: psychological data and the policy debates. *American Psychologist*, 58, 93-115.
- Dalton, J.H., Elias, M.J. y Wandersman, A. (2001). *Community psychology. Linking individuals and communities*. Stamford: Wadsworth.
- Decir, E.L. y Ryan, R.M. (eds.) (2002). *Handbook of self-determination*. Rochester: University of Rochester Press.
- DeJoy, M.M. y Wilson, M.G. (2001). *Healthy work organization: idea, entity, and process*. Workplace Health Group. Dept. of Health Promotion and Behavior. University of Georgia. Athens, GA 303602-6522. USA.
- DeJoy, D.M., Wilson, M.G., Griffin, C.S. y Peer, M.R. (1997). *Defining and operationalizing the concept of healthy work organization*. (Final report: PO0009638040) Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health.
- Deutsch, M. y Coleman, P.T. (eds.) (2000). *The handbook of conflict resolution. Theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

- De Rivera, J. (1992). Emotional climate: social structure and emotional dynamics. En K.T. Strongman (eds.), *International review of studies on emotion* (vol. II) (pp. 197-218). Chichester: John Wiley and Sons.
- Diderot, D. (1985). *El sobrino de Rameau*. Madrid: Cátedra.
- Dipbooy, R.L. y Colella, A. (eds.) (en prensa). *Psychological and organizational bases of discrimination in organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. y Cooper, C.L. (eds.) (2002). *Bullying and emotional abuse in the workplace*. London: Taylor and Francis.
- Elangovan, A.R. y Shapiro, D.L. (1998). Betrayal of trust in organizations. *Academy Management Review*, 23, 547-566.
- Fay, D. y Frese, M. (2001). The concept of personal initiative: an overview of validity studies. *Human Performance*, 14, 97-124.
- Fernández-Ríos, L. (1999). *Psicología de la corrupción y los corruptos*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Fernández-Ríos, M. y Sánchez, J.C. (1997). *Eficacia organizacional. Concepto, desarrollo y evaluación*. Madrid: Díaz de Santos.
- Fetterman, D.M., Kaftarian, S.J. y Wandersman, A. (eds.) 1996). *Empowerment evaluation. Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fetterman, D.M. (2000). *Foundations of empowerment evaluation*. London: Sage Publications.
- Fichman, M. (2003). Straining towards trust: some constraints essay on studying trust in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 133-157.
- Fineman, S. (2003). *Understanding emotion at work*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fisher, A.T., Sonn, C.C. y Bishop, B.J. (eds.) (2002). *Psychological sense of community. Research, applications, and implications*. Dordrecht: Kluwer Academics/Plenum Publishers.
- Flett, G.L. y Hewitt, P.L. (eds.) (2002). *Perfectionism. Theory, research, and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Forgas, J.P., Williams, K.D. y Wheeler, L. (eds.) (2001). *The social mind. Cognitive and motivational aspects of interpersonal behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Foster, E.K. (en prensa). A review of gossip research: taxonomy, method, and future directions. *Review of General Psychology*.
- Fox, S. y Spector, P.E. (eds.) (en prensa). *Counterproductive workplace behavior: an integration of both actor and recipient perspectives on causes and consequences*. Washington: American Psychological Association.
- Fox, S., Spector, P.E. y Miles, D. (2001). Counterproductive work behavior (CWB) in response to job stressors and organizational justice: some mediator and moderator test for autonomy and emotions. *Journal of Vocational Behavior*, 59, 291-309.
- Fromm, E. (1956). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Frost, P.J. (2003). *Toxic emotions at work*. Harvard: Harvard Business Press.
- Galbraith, J.K. (1997). *Una sociedad mejor*. Barcelona: Crítica.
- Giocalone, R.A. y Jurkiewicz, C.L. (eds.) (2003). *Handbook of workplace spirituality and organizational performance*. Armonk: M.E. Sharpe.
- Gibson, C.B. y Cohen, S.G. (eds.) (2003). *Virtual teams that work: creating conditions for virtual team effectiveness*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Gabriel, Y. (1998). An introduction to the social psychology of insults in organizations. *Human Relations*, 51, 1329-1354.

- Giacalone, R.A. y Greenberg, J. (1997). *Antisocial behavior in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gilliland, S.W. y Chan, D. (2001). Justice in organizations: theory, methods, and applications. En N. Anderson, D.S., Ones, H.K. Sinangil y C. Viswesvaran (eds.), *Handbook of industrial, work and organizational psychology (vol. II): organizational psychology* (pp. 143-480). London: Sage Publications.
- Gilliland, S.W., Steiner, D. y Skarlick, D. (eds.) (2002). *Emerging perspectives on managing organizational justice*. Greenwich: JAI Press.
- Giner, S. (1996). *Carta sobre la democracia*. Barcelona: Ariel.
- Goren, H., Kurzban, R. y Rapoport, A. (2003). Social loafing vs. Social enhancement: public goods provisioning in real-time with irrevocable commitments. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 90, 277-290.
- Greenberg, J. y Colquitt, J. (eds.) (en prensa). *Handbook of organizational justice: fundamental questions about fairness in the workplace*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greenberg, J. y Cropanzano, R. (eds.) (2001). *Advance in organizational justice*. Lexington: New Lexington.
- Greene, R. (1999). *Las leyes del poder*. Madrid: Espasa.
- Griffin, R.W. y O'Leary-Kelly, A.M. (eds.) (en prensa). *The dark side of organizational behavior*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gruys, M.L. y Sackett, P.R. (2003). Investigating the dimensionality of counterproductive work behavior. *International Journal of Selection and Assessment*, 11, 30-42.
- Haslam, A.S. (2001). *Psychology in organizations. The social identity approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Haslam, A.S., van Knippenberg, D., Platow, M.J. y Ellemers, N. (eds.) (2003). *Social identity at work. Developing theory for organizational practice*. New York: Psychology Press.
- Hayes, B.C., Bartle, S.A. y Major, D.A. (2002). Climate for opportunity: a conceptual model. *Human Resource Management Review*, 12, 445-468.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hofmann, D.A. y Tetrick, L.E. (2003). *Health and safety in organizations: a multilevel perspective*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hogg, M.A. (2001). Social categorization, depersonalization, and group behavior. En M.A. Hogg y S. Tindale (eds.), *Blackwell handbook of social psychology: group processes* (pp. 56-85). Oxford: Blackwell Publishers.
- Ian Miller, W. (1998). *Anatomía del asco*. Madrid: Taurus.
- International Labour Organization (1999). *Decent work: Report of the Director General. International Labour Conferences, 87th session*. Ginebra: International Labour Office.
- Jost, J.T. y Major, B. (eds.) (2001). *The psychology of legitimacy. Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahneman, D., Diener, E. y Schwartz, N. (eds.) (en prensa). *Understanding quality of life: scientific perspectives on enjoyment and suffering*. New York: Russell-Sage.
- Kant, I. (1989). *La metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kasser, T. y Kanner, A.D. (eds.) (2003). *Psychology and consumer culture. The struggle for a good life in a materialistic world*. Washington: American psychological Association.

- Khatri, N. y Tsang, E.W.K. (2003). Antecedents and consequences of cronism in organizations. *Journal of Business Ethics*, 43, 289-303.
- Kidwell, R.E. y Robie, C. (2003). Withholding effort in organizations: toward development and validation of a measure. *Journal of Business and Psychology*, 17, 537-561.
- Koehler, J.J. y Gershoff, A.D. (2003). Betrayal aversion: when agents of protection become agents of harm. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 90, 244-261.
- Kowalski, R.M. (ed.) (2001). *Behaving badly. Aversive behaviors in interpersonal relationships*. Washington: American Psychological Association.
- Kramer, R.M. (1999). Trust and distrust in organizations: emerging perspectives, enduring questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598.
- Kramer, R.M. y Tyler, T.R. (eds.) (1996). *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Cohen-Charash, Y. (2001). Discrete emotions in organizational life. En R. L. Payne y C.L. Cooper (eds.), *Emotions at work. Theory, research and applications in management* (pp. 45-81). Chichester: John Wiley and Sons.
- Lazarus, R.S. y Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós.
- Leary, M.R. (ed.) (2001). *Interpersonal rejection*. New York: Oxford University Press.
- Lee-Chai, A.Y. y Bargh, J.A. (eds.) (2001). *The use and abuse of power. Multiple perspectives in the causes of corruption*. New York: Psychology Press.
- Lefkowitz, J. (2003). *Ethics and values in industrial-organizational psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lind, E.A., Kray, L. y Thompson, L. (2001). Primacy effects in justice judgments: testing predictions from fairness heuristic theory. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 85, 189-210.
- London, M. (ed.) (2001). *How people evaluate others in organizations*. Mahwah: Erlbaum Associates Publishers.
- Lord, R.G., Kimoski, R.J. y Kanfer, R. (eds.) (2002). *Emotions in the workplace: understanding the structure and role of emotions in organizational behavior*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lovey, I. y Nadkarni, M.S. (2003). *The joyful organization. Transform your life at work*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mackie, D. y Smith, E. (eds.) (2002). *From prejudice to intergroup emotions. Differentiated reactions to social groups*. New York: Psychology Groups.
- Martocchio, J.J. y Jimeno, D.I. (2003). Employee absenteeism as an affective event. *Human Resource Management Review*, 13, 227-241.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mathews, B.P. y Shepherd, J.L. (2002). Dimensionality of Cook and Wall's (1980). British organizational commitment scale revisited. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 369-375.
- McGarty, C., Yzerbyt, V.Y. y Spears, R. (eds.) (2002). *Stereotypes as explanations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McMillan, L.H.W., Brady, E.C., O'Driscoll, M.P. y Marsh, N.V. (2002). A multifaceted validation study of Spence and Robbins' (1992) Workaholism battery. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 357-368.
- Meyer, J.P. y Allen, N.J. (1997). *Commitment in the workplace: theory, research and application*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Miller, D.T. (2001). Disrespect and the experience of injustice. *Annual Review of Psychology*, 52, 527-553.
- Mills, P.K. y Ungson, G.R. (2003). Reassessing the limits of structural empowerment: organizational constitution and trust as controls. *Academy of Management Review*, 28, 143-153.
- Moore, M.H. (1998). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. Barcelona: Paidós.
- Morrison, E.W. y Milliken, F.J. (2000). Organizational silence: a barrier to change and development in a pluralistic world. *Academy of Management Review*, 25, 706-725.
- Murphy, L.R. y Cooper, C.L. (eds.) (2000). *Healthy and productive work. An international perspective*. London: Taylor and Francis.
- Newell, S. (1995). *The healthy organization: fairness, ethics and effective management*. London: Routledge.
- Newell, S. (2002). *Creating the healthy organization: well-being, diversity and ethics at work*. London: Routledge.
- Nyhan, R.C. (2000). Changing the paradigm: Trust and its role in public sector organizations. *American Review of Public Administration*, 30, 87-109.
- O'Keefe, D.J. (2000). Guilt and social influence. En M.E. Roloff y G.D. Paulson (eds.), *communication yearbook* (vol. 23) (pp. 67-102). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ones, D.S. (ed.) (2002). Counterproductive behaviors at work. *International Journal of Selection and Assessment*, 10, nº. 1/2.
- Osipow, S.H. y Spokane, A.R. (1987). *Manual for the occupational stress inventory: research version*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Payne, R.L. y Cooper, C.L. (eds.) (2001). *Emotions at work. Theory, research and applications for management*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Petty, R.E., Fabrigar, L.R. y Wegner, D.T. (2003). Emotional factors in attitudes and persuasion. En R. J. Davidson, K.R. Scherer y H.H. Goldsmith (eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 752-772). Oxford: Oxford University Press.
- Plutchik, R. (2003). *Emotions and the life. Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington: American Psychological Association.
- Postmes, T., Spears, R., Lea, M. y Reicher, S. (eds) (2000). *Social identity and deindividuation issues centre stage: recent developments in the study of groups*. Amsterdam: Elsevier.
- Quick, J.C. y Tetrick, L.E. (eds.) (2003). *Handbook of occupational health psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Rappaport, J. y Seidman, E. (eds.) (2000). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.
- Rawls, J. (1996). *El liberalismo político*. Barcelona: Cátedra.
- Rawls, J. (2002). *La justicia como equidad. Una reformulación*. Barcelona: Paidós.
- Rico, R. y Fernández-Ríos, M. (2002). Diseño de organizaciones como proceso simbólico. *Psicothema*, 14, 415-425.
- Rosnow, R.L. (2001). Rumor and gossip in interpersonal interaction and beyond: a social exchange perspective. En R.M. Kowalski (ed.), *Behavior badly. Aversive behaviors in interpersonal relationships* (pp. 203-232). Washington: American Psychological Association.
- Ross, M. y Miller, D.T. (2002). *The justice motive in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rudkin, J.K. (2003). *Community psychology: guiding principles and orienting concepts*. New York: Prentice-Hall.
- Sagie, A., Kolslowsky, M. (1999). *Participation and empowerment in organizations. Modeling, effectiveness, and applications*. London: Sage Publications.

- Sagie, A., Kolslowsky, M. y Stashevsky, S. (eds) (2003). *Misbehavior and dysfunctional attitudes in organizations*. New York: Plagrave/Macmillan.
- Sackett, P.R. y DeVore, C.J. (2001). Counterproductive behaviors at work. En N. Anderson, D.S, Ones, H.K. Sinangil y C. Viswesvaran (eds.), *Handbook of industrial, work and organizational psychology (vol. 1): Personnel psychology* (pp. 145-164). London: Sage Publications.
- Schmid, H. (2001). *Neighborhood self-mangement. Experiments in civil society*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Schmuck, P. y Schultz, W.P. (eds.). *Psychology of sustainable development*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Sennet, R. (1998). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Shepperd, J.A. y Kwavnick, K.D. (2000). Maladaptive image maintenance. En M.R. Kowalski y R.M. Leary (eds.), *The social psychology of behavioral and emotional problems* (pp. 249-277). Washington: American Psychological Association.
- Shepperd, J.A. y Socherman, R.E. (1997). On the manipulative behavior of low machiavellians: feigning incompetence to «sandbag» an opponent. *Journal of Personality and social Psychology*, 72, 1448-1459.
- Simon, B. y Klandermans, B. (2001). Politized collective identity. A social psychological analysis. *American Psychologist*, 56, 319-331.
- Sirgy, M.J. (2001). *Handbook of quality-of-life research: and ethical marketing perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Shaw, J.C., Wild, E. y Colquitt, J.A. (2003). To justify or excuse?: A meta-analytic review of the effects of explanations. *Journal of Applied Psychology*, 88, 444-458.
- Sirgy, M.J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Snyder, M., Clary, E.G. y Stukas, A.A. (2000). The functional approach to volunteerism. En G.R. Maio y J.M. Olson (eds.), *Why evaluate. Functions of attitudes* (pp. 365-393). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sober, E. y Wilson, D.S. (2000). *El comportamiento altruista: evolución y psicología* Madrid: Siglo XXI.
- Spector, P. (1996). *Industrial and organizational psychology*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Spector, P.E. y Fox, S. (2002). An emotion-centered model of voluntary work behavior: Some parallels between counterproductive work behavior and organizational citizenship behavior. *Human Resource Management Review*, 12, 269-292.
- Spector, P.E. y Fox, S. (2003). Reducing subjectivity in the assessment of the job environment: development of the Factual Autonomy Scale (FAS). *Journal of Organizational Behavior*, 24, 417-432.
- Sternberg, R.J. (ed.) (2003a). *Por qué las personas inteligentes pueden ser tan estúpidas*. Barcelona: Ares Mares.
- Sternberg, R.J. (2003b). *Psychology 101: The unspoken rules for success in academia*. Washington: American Psychological Association.
- Steve M. Jex (2002). *Organizational psychology: a scientist-practitioner approach*. New York: John Wiley and Sons.
- Suls, J. y Wheeler, L. (eds.) (2000). *Handbook of social comparison. Theory and research*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sykes, G.M. y Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: a theory of delinquency. *American Sociological Review*, 22, 664-670.
- Tetrick, L.E. (2002). Individual and organizational health. En P. Perrewé y D.C.

- Ganster (eds.), *Historical and current perspectives on stress and health (vol. II)* (pp. 117-141). The Netherlands: Elsevier Science.
- Thomas, J.C. y Hersen, M. (eds.) (2002). *Handbook of mental health in the workplace*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tjosvold, D., Johnson, D.W., Johnson, R.T. y Sun, H. (2003). Can interpersonal competition be constructive within organizations?. *The Journal of Psychology*, 137, 63-84.
- Tyler, T.R. y Huo, Y.J. (2002). *Trust in the law: encouraging public cooperation with the police and courts*. New York: Russell-Sage Foundation.
- Vandenberg, R.J., Park, K.O., DeJoy, D.M., Wilson, M.G. y Griffin-Blake, C.S. (2002). The healthy work organization model: expanding the view of individual health and well being in the workplace. En P. Perrewé y D.C. Ganster (eds.), *Historical and current perspectives on stress and health (vol. II)* (pp. 57-115). The Netherlands: Elsevier Science.
- Vaughan, D. (1999). The dark side of organizations: mistake, misconduct, and disaster. *Annual Review of Sociology*, 25, 271-305.
- Victor, B. y Cullen, J.B. (1987). A theory and measure of ethical climate in organizations. *Research in Corporate Social Performance and Policy*, 9, 51-71.
- Viswesvaran, C. y Ones, D.S. (2002). Examining the construct of organizational justice: a meta-analytic evaluation of relations with work attitudes and behaviors. *Journal of Business Ethics*, 41, 1-11.
- Walker, I. y Smith, H.J. (2002). *Relative deprivation. Specification, development and integration*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weber, L.R. y Carter, A.I. (2002). *The social construction of trust*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility. A foundations for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weiner, B. (2001). An attributional approach perceived responsibility for transgressions. Extensions to child abuse, punishment goals and political ideology. En A. E. Auhagen y H.W. Bierhoff (eds.), *Responsibility. The many faces of a social phenomenon* (pp. 49-59). London: Routledge.
- Weiner, B., Folkes, V.S., Amirkhan, J. y Verette, J.A. (1987). An attributional analysis of excuse giving: studies of a naive theory of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 316-324.
- Wenzel, M. (2001). A social categorization approach to distributive justice: social identity as the link between relevance of inputs and need for justice. *British Journal of Social Psychology*, 40, 315-335.
- West, M., Tjosvold, D. y Smith, K. (eds.) (2003). *International handbook of organizational teamwork and cooperative working*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Williams, K. (2001). *Ostracism. The power of silence*. New York: Guilford Press.
- Williams, K., Jackson, J.M. y Karau, S.J. (1995). Collective hedonism: a social loafing analysis of social dilemmas. En D.A. Schroeder (ed.), *Social dilemmas: perspectives on individuals and groups* (pp. 117-142). New York: Praeger Press.
- Zeffano, R. y Connell, J. (eds.) (2003). Special issue: Trust in the workplace. *International Journal of Human Resource Management*, 14, todo el nº. 1.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational, and community levels of analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-64). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.

Mesas Redondas

Rehabilitación y atención comunitaria.
Perspectivas desde España y Portugal

REHABILITACIÓN Y ATENCIÓN COMUNITARIA. PERSPECTIVAS
DESDE ESPAÑA Y PORTUGAL: PERSPECTIVA DE PORTUGAL

Álvaro Carvalho

*Director del Departamento de Salud Mental del Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa;
ex Director de los Servicios de Salud Mental de la Dirección General de la Salud*

Até 1963 a assistência pública à doença mental em Portugal apoiou-se em 5 hospitais especializados (distribuídos pelas 3 principais cidades –Lisboa, Porto e Coimbra) e em 6 grandes clínicas privadas, com localizações próximas, das Ordens Religiosas Hospitaleiras que têm S. João de Deus como patrono.

Com a publicação, naquele ano, da Lei de Bases da Saúde Mental, foi definida a criação de serviços de base comunitária –os Centros de Saúde Mental– responsáveis pela globalidade da prestação de cuidados, embora sem relevo quanto à reabilitação das pessoas com doença mental. De significativo apenas a formação e integração progressiva de Terapeutas Ocupacionais nos serviços de ergoterapia dos hospitais psiquiátricos, tendo algumas participado no grupo dinamizador da Psiquiatria Social que, desde finais dos anos 60, contestava o modelo asilar-custodial.

Mesmo com a revolução democrática de 25 de Abril de 1974 e a criação, em 1979, do Serviço Nacional de Saúde, apenas em 1984 a Saúde Mental se firmou, pela integração na Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, tendo em 1985 e 1988 sido aprovados ministerialmente Planos de Reestruturação para o sector. Sobretudo no desenvolvimento do último, realizaram-se por todo o país vários cursos de formação em Saúde Mental Comunitária que integravam a vertente da reabilitação psicossocial.

Embora logo em 1989 a reforma do sector tivesse sido suspensa (sendo em 1992 os Centros de Saúde Mental integrados em hospitais gerais), o Programa Horizon, com financiamento do Fundo Social Europeu, estimulou a criação de ONG vocacionadas para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental.

Mas é na sequência do retomar da reforma do sector, a partir do início de 1996, que se consolida o investimento neste âmbito:

- a) A nova Lei de Saúde Mental (n.º 36/98) e o decreto governamental que regulamenta a organização da prestação dos serviços n.º 35/99), definem a reabilitação como uma das áreas de intervenção, nomeadamente por ONG, apoiadas pelo Governo através dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- b) Com o patrocínio da Direcção Geral de Saúde e o financiamento do II Quadro Comunitário de Apoio, realiza-se durante 1998 e 1999 um programa de formação para técnicos de ONG e serviços oficiais de saúde mental, enquanto se desenvolvem respostas comunitárias de trabalho protegido e de trabalho integrado e é constituída a Federação Nacional das estruturas de reabilitação.
- c) Entretanto, por um despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (407/98) sobre o apoio articulado às pessoas em situação de dependência de causa física, mental ou social, é assumido pela 1ª vez que as afectadas por doença mental passam a ter direitos iguais às restantes através da Segurança Social que, desde 1999, financia unidades residenciais comunitárias e estruturas sócio-comunitárias. Simultaneamente, através do Mercado Social de Emprego, as pessoas com doença mental, integradas em projectos de reabilitação, são alguns dos grupos alvo de cidadãos em risco de exclusão social que podem candidatar-se a financiamento a fundo perdido para a constituição de empresas de inserção.
- d) Em Julho último é publicada nova legislação dos cuidados continuados de saúde, que na vertente da doença mental integra o apoio domiciliário.

Mesas Redondas

Relación entre redes

RELACIÓN ENTRE REDES: CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Francisco Chicharro Lezcano
Director Médico Hospital Psiquiátrico de Zamudio
Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

INTRODUCCIÓN

Hace años, titulé una intervención en una mesa redonda de la siguiente forma: *“La red de salud mental: ¿una red o un laberinto?”* tratando de incidir, con cierta ironía, sobre las dificultades que las personas aquejadas de enfermedades mentales severas tenían para discurrir por ella exitosamente. Han pasado los años y las dificultades suelen ser las mismas: Distintas dependencias funcionales –e incluso orgánicas– de los dispositivos asistenciales, problemas de coordinación entre dispositivos, escasez de recursos intermedios –centros y hospitales de día– ausencia de programas de seguimiento en la comunidad... Pasa el tiempo y seguimos hablando de lo mismo, diciendo las mismas cosas, y denunciando las mismas carencias.

Este congreso ha elegido un lema, en mi opinión muy acertado: *“Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo”*. ¿Cómo se puede entender la atención comunitaria sin programas de rehabilitación? y ¿cómo se puede entender la rehabilitación sin ofertar al “rehabilitado” una actividad –de ser posible un empleo– que efectivamente le mantenga “reinsertado” en la sociedad?

LEY GENERAL DE SANIDAD

Y no es porque no se hayan previsto estos aspectos: En 1983 –hace veinte años– un documento del Ministerio de Sanidad (“Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica”) incluía casi todos los puntos que se recogieron en la Ley General de Sanidad de 1986. La Ley General de Sanidad decía que la asistencia que se preconiza *«...implica abandonar decididamente el modelo que contempla el hospital como el eje asistencial básico en la Salud Mental y transformarlo en un sistema comunitario en el que tanto los servicios extra como los intrahospitalarios formen un todo integrado»*.

DIRECTRICES DEL SERVICIO VASCO DE SALUD

En línea con la Ley General de Sanidad, en el País Vasco, una de las primeras directrices elaboradas por Osakidetza fue el Plan Estratégico de Salud Mental (1990). En él se desarrolla *“un modelo comunitario de asistencia y organización de los Servicios de Salud Mental”*. El Plan de Salud señala en quinto lugar los problemas de salud mental *«por la relevancia que han adquirido en los países industrializados»*. Entre las líneas de actuación propuestas se citan entre otras:

Desarrollo de alternativas a la institucionalización para las psicosis crónicas, mediante la búsqueda conjunta de soluciones entre el sector social y el sanitario.

Establecimiento de líneas de coordinación entre las estructuras de la red de Salud Mental y el nivel de Atención Primaria para la asistencia a la patología mental, garantizado la continuidad en los cuidados.

INFORME ARARTEKO 2000

En el mismo sentido, se publicó en el año 2000 un Informe del Ararteko (Defensor del Pueblo en el País Vasco) sobre *Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental*. En este informe (Recomendación N° 8) se hacía constar que se debe:

«Garantizar la continuidad de cuidados y la atención integral: Es necesario generar programas de atención social alternativos a la institucionalización psiquiátrica para el apoyo de la rehabilitación de la población con enfermedades mentales crónicas. Recursos específicos para la rehabilitación, atención residencial y apoyo comunitario desde la óptica de complementariedad, coordinación con los servicios generales, especialmente con la red sanitaria de servicios de salud mental.

La continuidad de cuidados requiere la coordinación de los diferentes dispositivos y programas de la red de atención, integrando las distintas actuaciones, trabajando en equipo, y reconociendo la importancia del soporte familiar y social como elementos de protección a la salud mental».

LA TEORÍA

Así pues, vemos enunciados: "Modelo de atención Comunitario", "Alternativas a la institucionalización para las psicosis crónicas" –procesos de desinstitucionalización–, "Servicios integrados en un todo" –la red de salud mental–, "Búsqueda conjunta de soluciones entre el sector social y el sanitario" –el famoso espacio sociosanitario–, "Apoyo de la rehabilitación de la población con enfermedades mentales crónicas", "Líneas de coordinación garantizando la continuidad de cuidados" ... Sobre el papel está todo, pero vamos a ver qué sucede en la realidad.

En nuestro medio, de relativamente buena cobertura social y alta accesibilidad a los servicios, el riesgo de marginación o situaciones de grave inasistencia son probablemente menores que en otros países. Sin embargo, para los pacientes más graves y con menor soporte sociofamiliar, el sistema puede en ocasiones ser incapaz de ofrecer una asistencia suficientemente coordinada para garantizar la cobertura de tales necesidades.

LA PRÁCTICA

El objetivo final de los procesos de desinstitucionalización y del modelo de asistencia comunitaria es que las personas con enfermedades mentales severas puedan vivir integradas en la comunidad pero, en ocasiones, los dispositivos asistenciales terminan reproduciendo las condiciones de vida de las instituciones asilares. Numerosos pacientes han cambiado las hospitalizaciones prolongadas por múltiples ingresos en unidades de corta estancia y/o estancias en dispositivos intermedios (centros y hospitales de día) sin objetivos claros. Algunos viven simplemente en situaciones de marginación social, integrados en las habituales bolsas de exclusión que acompañan a nuestra sociedad moderna del bienestar y el consumo.

Lo cierto es que a pesar del crecimiento de recursos asistenciales y de cobertura social y de los avances terapéuticos producidos en las últimas décadas, algunos pacientes necesitan, por su gravedad y déficit de capacidades de afrontamiento y soporte social, sistemas de muy alta intensidad de cuidados para mantenerse en la comunidad y poder afrontar las demandas mínimas que esto exige.

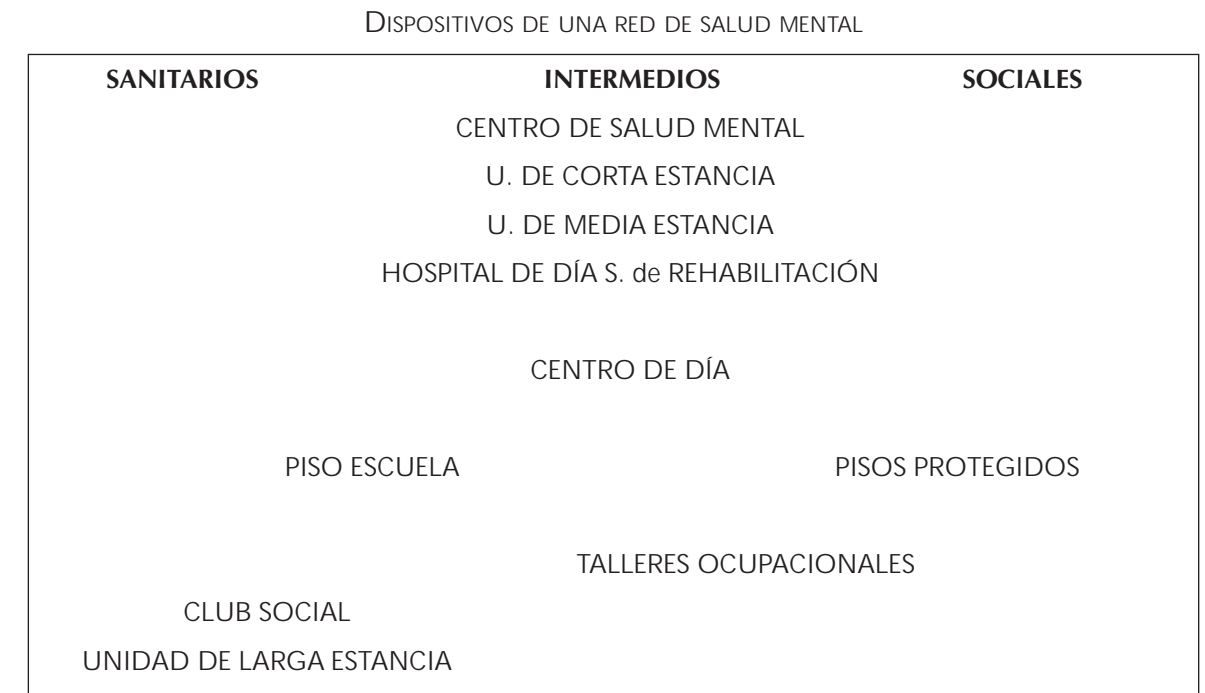
En el caso de la asistencia al TMS, los procesos de desinstitucionalización generan una situación compleja, en la que la gestión de recursos ha pasado de un contexto centralizado, con las necesidades médicas y hosteleras garantizadas por una única institución (las de la hospitalización continuada) a otro en el que las necesidades deben ser cubiertas por recursos diversos, de ubicación comunitaria y, en ocasiones, de difícil coordinación.

La fragmentación de los servicios, la falta de coordinación y programas conjuntos entre las estructuras sociales y sanitarias, hospitalarias y extrahospitalarias, y de éstas con los recursos intermedios, entre servicios y dispositivos públicos y privados, facilita en ocasiones el discurrir por la red asistencial sin sentido ni objetivo a largo plazo. Fenómenos como la puerta giratoria, las hospitalizaciones prolongadas en espera de recursos sociales (alojamiento sobre todo), el colapso de recursos intermedios, etc. dificultan el que la asistencia comunitaria a la enfermedad mental severa alcance un funcionamiento satisfactorio.

Por otra parte, los Centros de Salud Mental que deben asumir estos programas se encuentran colapsados. No es un tema a tratar aquí, pero por diversas causas –cambios sociales, familiares y de las redes de soporte, «psicologización de la vida cotidiana, presión de la industria farmacéutica, etc.– el hecho es que la demanda se ha duplicado e incluso triplicado en los últimos diez años. Los dispositivos que fueron creados para prestar una atención de calidad se ha ido convirtiendo en consultas donde el tiempo de escucha se ve cada vez más reducido.

LA REHABILITACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

Como se ha visto anteriormente, en la totalidad de recomendaciones, legislación, etc., al hablar de los dispositivos que deben conformar una Red de Salud Mental, se hace referencia a los Servicios de Rehabilitación, sea en el ámbito hospitalario, comunitario o ambos:



Recordemos de nuevo que en la Ley General de Sanidad se abogaba por “una atención comunitaria, alternativa al hospital psiquiátrico, contemplando la necesidad de estructuras intermedias, de rehabilitación, y de reinserción social”. Estando de acuerdo con la filosofía, la realidad es que en cualquier debate sobre el tema siempre se concluye con que “reconociendo los avances realizados en la atención a la salud mental, se detecta una carencia generalizada de recursos intermedios en la comunidad para el tratamiento de las personas aquejadas de enfermedad mental ... (añadir: crónica, severa, grave, de larga duración, etc., a gusto del consumidor).

En principio, y atendiendo al aspecto “comunitario” sería desde los C.S.M. desde donde habría que proveer de programas de rehabilitación psicosocial a estos pacientes, pero al día de hoy la demanda masiva que soportan lo hace inviable. A modo de ejemplo, se exponen algunas cifras sobre la evolución de la atención ambulatoria en los diez últimos años:

EVOLUCIÓN ASISTENCIA AMBULATORIA EN VIZCAYA

Modalidad	1991	2002
Consulta de Evaluación	20.436	32.547
Consulta de Seguimiento	61.792	163.916
Psicoterapia Individual	40.065	51.830
Psicoterapia Grupal	14.771	11.162
Otras Intervenciones	32.525	164.187
TOTAL CONSULTAS	169.589	423.642

El hecho es que el total de consultas ha aumentado un 125% en diez años, sin que las plantillas lo hayan hecho en la misma proporción. Pretender que, al mismo tiempo, se establezcan programas de seguimiento en la comunidad es, al día de hoy, una utopía. La realidad es que la demanda indiscriminada ha colapsado los C.S.M., produciendo además el efecto perverso de desatención a los pacientes más graves.

ALGUNOS EJEMPLOS:

Ejemplo 1

- Paciente de 54 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide
- 1er ingreso en 1993 (a los 44) en una Unidad de Hospitalización de Corta Estancia
- De 1993 a 1998, diecisiete reingresos
- Desde 1998 a 2003, catorce reingresos más en Unidad de Media Estancia, Rehabilitación, hospital de día...
- El 24-03-2003 vuelve a ingresar en Corta Estancia

Es decir, treinta y tres ingresos en diez años para volver a la situación de partida (ingreso en agudos).

Ejemplo 2

- Paciente de 49 años, diagnosticado de alcoholismo.

- Previamente había seguido tratamiento en el Centro de Salud Mental, con ingresos en Unidades de Corta y Media Estancia..
- Ingresado durante los dos últimos años en una unidad de Larga Estancia
- Sale de alta y reanuda la ingesta alcohólica inmediatamente (existe duda si durante el internamiento se había mantenido abstinentes). A los 15 días está ingresado en una Unidad de Corta Estancia.

Tras un periplo por toda la red de salud mental, habiendo recorrido todos los dispositivos asistenciales y llegado al último eslabón –Unidad de Larga Estancia– a los quince días de ser dado de alta vuelve a ingresar en una Unidad de Agudos.

SITUACIÓN ACTUAL

Estos ejemplos –podrían ponerse otros muchos– objetivan que en las personas que padecen enfermedades mentales severas con peor evolución, se observa que:

- Presentan un alto consumo de recursos, un elevado número de ingresos –con estancias prolongadas– múltiples reagudizaciones, con una pobre respuesta al tratamiento estándar de asistencia en salud mental.
- No reciben en muchos casos el tratamiento más apropiado, basado en los conocimientos y evidencias disponibles, ya sea por escasez de recursos disponibles, desconocimiento, falta de formación, o descoordinación.
- Los pacientes reciben, en muchos casos, una atención parcelada.
- Se produce el fenómeno de “puerta giratoria” (múltiples ingresos sin mejoras significativas) y de “ping-pong” (pasan rebotados de un servicio a otro).
- El concepto de rehabilitación se asocia al término de crónico, “como quien ha llegado a un punto en el que no hay nada que hacer”.
- Dificultad en la coordinación entre las unidades de hospitalización y los Centros de Salud Mental.
- No existen programas de continuidad de cuidados en la comunidad, como los modelos de Gestión de Casos, o de Tratamiento Asertivo Comunitario.

Una vez analizadas las necesidades de las personas con enfermedades mentales crónicas, y la situación actual de la asistencia a este colectivo, se entiende como prioritario implantar y desarrollar programas de asistencia comunitaria integral y global, que aseguren la continuidad de cuidados. Programas que, de una forma coordinada, sean tenidos en cuenta por los diferentes dispositivos asistenciales y recursos intermedios. Se entiende que:

El término “atención continuada” se relaciona con una concepción evolutiva del paciente, requiriéndose respuestas diferenciadas en los diversos periodos del proceso.

Relacionada con la interdisciplinariedad, pues es necesaria la concurrencia de estructuras y disciplinas diversas, al objeto de poder satisfacer las necesidades cambiantes de los usuarios.

En este modelo, además de la “continuidad”, es fundamental la coordinación de estrategias, donde la relación entre los sistemas sanitario y social es imprescindible.

La atención comunitaria se presta desde diferentes dispositivos, con diferentes funciones que desarrollar, a fin de mejorar la calidad de vida de estas personas.

OBJETIVOS SEGÚN DISPOSITIVOS			
SANITARIOS	INTERMEDIOS	SOCIALES	COMUNITARIOS
		Estabilidad Clínica	
		Rehabilitación	
		Rehabilitación	
	Reinserción		Rehabilitación
		Reinserción	
		Dotación de Recursos	
Integración Social			

Los Programas de apoyo comunitario están dirigidos a los pacientes aquejados de enfermedad mental severa de curso crónico que viven en la comunidad, de la que se pretende aprovechar la totalidad de los servicios para unas necesidades que fundamentalmente son:

- Atención médica y de salud mental
- Programas de rehabilitación
- Actividades de ocio y tiempo libre
- Gestión de subvenciones
- Alojamiento protegido, pensiones, etc.
- Defensa de sus derechos como ciudadano

Estos Programas de Tratamiento Psicosocial han sido validados en diferentes ámbitos, están avalados por una amplia investigación previa reflejada en las publicaciones científicas, y son una parte fundamental del tratamiento del TMS, en especial de la esquizofrenia, tal como se señala en las guías de tratamiento. Se ha establecido que el tratamiento psicosocial añadido al tratamiento farmacológico es muy superior que el tratamiento farmacológico por sí solo, consiguiéndose la mayor eficacia cuando se administran de forma conjunta y coordinada la intervención sobre los pacientes, la intervención sobre familiares, y la intervención sobre el entorno. Se consigue una aplicación eficiente de estos programas a través de un modelo de gestión de casos-continuidad de cuidados: Modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario.

OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales del tratamiento son la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios psicóticos, y la optimización de la función psicosocial entre los diversos episodios. Aplicando para ello una atención integral (biopsicosocial) y global (que abarque las diferentes áreas de necesidades de los pacientes), que se base en técnicas e intervenciones eficaces.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Mejorar el entendimiento de la enfermedad por parte del paciente y sus familiares.
- 2) Disminuir la sintomatología clínica, y sobre todo reducir el impacto negativo sobre el funcionamiento psicosocial.
- 3) Disminuir el número de ingresos y los tiempos de estancia hospitalaria.
- 4) Mejorar el uso y cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- 5) Desarrollar un Plan de Prevención de Recaídas, que aumente los tiempos de permanencia en la comunidad.
- 6) Mejorar el manejo de la enfermedad por parte del paciente, especialmente sobre las áreas de Señales de Aviso, Síntomas Persistentes, Efectos Secundarios de la medicación, Cambios del estado de ánimo.
- 7) Recuperar el nivel funcional de la persona.
- 8) Facilitar los recursos sociales y el apoyo comunitario necesario para conseguir un funcionamiento social adecuado.
- 9) Orientar, educar y apoyar a las familias en el cuidado y manejo de los pacientes.
- 10) Proporcionar a familiares y cuidadores entrenamiento específico en habilidades de comunicación, resolución de problemas, manejo de la expresividad emocional, reconocimiento de los síntomas, uso de la medicación.
- 11) Trabajar de forma conjunta y coordinada los terapeutas, pacientes, familiares y cuidadores, en los diferentes programas de tratamiento.
- 12) Crear una línea de trabajo y un estilo común entre los diferentes profesionales (médicos, asistente social, enfermería, monitores) mediante la aplicación del Modelo de Vulnerabilidad y el uso de las técnicas específicas del Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- 13) Trabajar en equipo, de una forma coordinada y corresponsable, en función de las tareas que tenga asignado cada profesional para llevar a cabo los objetivos propuestos.
- 14) Crear un estilo, filosofía y metodología de trabajo específicos que permitan el desarrollo de un proyecto de estas características.
- 15) Realizar planes de tratamiento individualizados, estableciendo un proyecto a medio-largo plazo para cada paciente, que incluya el tratamiento ambulatorio y funcionamiento en la comunidad.
- 16) Establecer un sistema de coordinación, colaboración y trabajo conjunto con el resto de dispositivos y recursos asistenciales.
- 17) Evaluar el programa y las intervenciones que se desarrollen: el logro de los objetivos, los procesos, los resultados, la satisfacción de usuarios y profesionales, la relación coste-eficacia.

Veamos ahora algunos modelos de programas y un ejemplo práctico:

GESTIÓN DE CASOS. INTERVENCIÓN CLÍNICA VS GESTIÓN ADMINISTRATIVA

El término genérico “managed care” (gestión asistencial, o asistencia gestionada) nace en los años 70 en EE.UU. con el objetivo de racionalizar y disminuir el imparable crecimiento de los costos asistenciales. En este sentido define la incorporación a los sistemas sanitarios de mecanismos de control y autorización del uso de servicios y recursos. Los programas de “managed care” reemplazan el sistema tradicional de coste por servicio por un sistema de pago negociado. El sistema, inicialmente aplicado por el sector privado asistencial, ha ido implantándose progresivamente en el sistema sanitario público, no sin controversias y temores de que una orientación fundamentalmente economicista pueda, una vez más, comprometer la asistencia y recursos que precisan los pacientes más discapacitados.

En el caso de la desinstitucionalización, el desmantelamiento o la reducción de camas de los hospitales psiquiátricos y el consiguiente ahorro económico, debiera haberse reinvertido completamente en la asistencia comunitaria para dichos pacientes. Dicho de otra manera, el dinero debiera acompañar al paciente, dentro o fuera del hospital. Muy escasas experiencias han tenido en cuenta esto, al menos de forma premeditada y planificada (con algunas excepciones como el proyecto TAPS llevado a cabo en Londres), por lo que a menudo el desarrollo de los dispositivos comunitarios asistenciales, incluyendo las necesidades de alojamiento, ocupación, etc., se han desarrollado de forma anárquica y a remolque de las necesidades que van evidenciándose según el sistema se modifica (en nuestro caso, el acortamiento de las estancias hospitalarias, el colapso de los CSM por una imparable demanda, las eternas listas de espera a recursos de alojamiento tutelado, hospitales y centros de día, etc.)

Quizás no sea exagerado decir que es una coincidencia desafortunada el que el actual crecimiento de los conocimientos acerca de técnicas farmacológicas y psicosociales efectivas en el tratamiento del TMS esté ocurriendo en un ambiente en el que el objetivo fundamental de la política asistencial parece ser la contención del gasto. Quizás la pregunta a responder desde el punto de vista administrativo es ¿somos capaces de proporcionar los servicios e intervenciones más adecuadas a la población más vulnerable de una manera eficiente, coste efectiva?

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CASOS

La Gestión de Casos puede definirse como la *Coordinación, Integración y Aplicación de una Asistencia Individualizada en un contexto de recursos limitados* (Thornicroft, 1991) La Gestión de Casos ha sido implantada en muchos servicios de salud mental en los últimos años, en un intento de superar las deficiencias de la asistencia comunitaria especialmente las derivadas de la fragmentación de los sistemas y dispositivos asistenciales y la falta de continuidad de cuidados.

La eficacia de los sistemas de Gestión de Casos parece derivarse del sentido común, en tanto serían capaces de aportar beneficios en aspectos que consideramos cruciales en la asistencia a pacientes con enfermedades mentales severas, tal y como son la coordinación entre diferentes servicios asistenciales y la continuidad de cuidados.

Sin embargo, lo que de forma genérica denominamos Gestión de Casos no responde a un concepto homogéneo, y bajo dicho nombre subyacen diferentes modelos y abordajes, que incluyen habitualmente los llamados Tratamiento Asertivo Comunitario, la Gestión de Casos Clínica, la Gestión de Casos Intensiva, la Gestión de Casos “Administrativa” (*Broker Case Management*), la Gestión de Casos de Rehabilitación y la llamada “*Strengths Case Management*” (Mueser, 1998), entre otros.

En su forma más simple define un sistema de coordinación de servicios e intervenciones en la comunidad (a menudo no sólo sanitarias, sino sociales). Cada paciente es asignado a un gestor (*case manager*) de quien se espera que se encargue de evaluar las necesidades del usuario, desarrollar un plan de tratamiento, disponer los medios para una adecuada asistencia, monitorizar la calidad de la asistencia y mantener contacto con el usuario. En los modelos tipo *broker* el gestor de casos se limita fundamentalmente a facilitar y coordinar administrativamente las intervenciones de distintos profesionales o agencias. En el otro extremo, los modelos de Tratamiento Asertivo Comunitarios buscan fundamentalmente la cobertura más eficaz y amplia de los pacientes más severos, proporcionando ellos mismos todos los servicios necesarios.

En general, los sistemas de gestión de casos aspiran a mejorar el mantenimiento del contacto del usuario con los servicios, a reducir la frecuencia y duración de las hospitalizaciones (y por ende, los costos), y a mejorar la evolución, especialmente en lo que concierne al funcionamiento social y a la calidad de vida. En países como Alemania y el Reino Unido la Gestión de Casos ha sido considerada un elemento indispensable en la asistencia comunitaria de la enfermedad mental severa (en UK es el llamado CPAS, *Care Programme Approach*).

PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO COMUNITARIO PARA TMS: EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (PACT)

El Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT en adelante) fue desarrollado en los años 70 en Mendota, Wiscosin, de la mano de Arnold Ludwig (reemplazado posteriormente por Leonard Stein), Mary Ann Test y Arnold Marx. Inicialmente el objetivo fue el de desarrollar e implementar intervenciones dirigidas a los pacientes ingresados en una institución, pacientes en todo caso graves y de curso crónico, con importantes discapacidades. Sin embargo, rápidamente detectaron que los pacientes que mejoraban lo suficiente para ser dados de alta reingresaban en poco tiempo. A partir de aquí dirigieron sus esfuerzos a desarrollar un sistema de intervenciones y dispositivos de apoyo en la comunidad para estos pacientes, con el objetivo de ayudarles a vivir de forma estable en la comunidad y evitar reingresos: un programa de seguimiento intensivo en la comunidad tras el alta, que trabajara en estrecha relación con la red social y familiar, con gran disponibilidad horaria y flexibilidad de intervención para ayudar a los pacientes a afrontar todos los posibles problemas que puedan surgir en la vida cotidiana.

Con estas premisas desarrollaron un modelo de intervención con los siguientes elementos:

- Enseñar a los pacientes las habilidades necesarias para funcionar en la comunidad.
- Evitar en lo posible las hospitalizaciones.
- Trabajar con la red familiar y social buscando el mayor apoyo y la mayor independencia posible.
- Tratar a los pacientes como personas responsables, animándoles a exponerse a las exigencias de la vida cotidiana, buscando una vida lo más normalizada posible.
- Establecer una colaboración cercana con todos los servicios comunitarios con recursos utilizables para el soporte de los pacientes.
- Una actitud activa/asertiva de mantener a los pacientes en contacto con los servicios y de evitar el abandono y pérdidas de seguimiento.

El sistema diseñado es en resumen un dispositivo basado en un equipo dirigido a mantener a las personas con enfermedades mentales severas en contacto con los servicios asistenciales, reduciendo las hospitalizaciones y mejorando la evolución, especialmente el funcionamiento social y la calidad de vida. Un equipo profesional asume directamente la responsabilidad de proporcionar los servicios que requiere un paciente concreto, durante todo el tiempo necesario. El equipo asegura la disponibilidad de tales servicios 24 horas al día, 7 días a la semana.

Las habilidades necesarias se enseñan y los recursos se proporcionan en el contexto y ámbito en que surgen. En la medida de lo posible los equipos proporcionan por sí mismos la asistencia necesaria, en lugar de dirigir al paciente hacia otros recursos. Las intervenciones y servicios que proporciona típicamente un equipo de ACT incluye rehabilitación y entrenamiento en habilidades de la vida diaria, uso de recursos comunitarios, apoyo familiar, intervención en crisis, coordinación con otros servicios, tratamiento psiquiátrico (especialmente y activamente dirigido al cumplimiento de la medicación), ayuda para encontrar y mantener alojamiento, ocupación y recursos económicos, etc. El equipo incluye psiquiatras, psicólogos, ATS, monitores, trabajador social, con una composición y funcionamiento típicamente multidisciplinar.

El Tratamiento Asertivo Comunitario puede distinguirse del resto de modelos de Gestión de Casos en varias dimensiones, que incluyen su menor carga de casos (relación personal/número de pacientes), organización en equipos de referencia más que en personas individuales, un especial énfasis en actuar de forma activa y en proporcionar de forma directa todos los servicios y actuaciones posibles, más que derivar a los pacientes a otros servicios. Un aspecto fundamental del PACT es que es un dispositivo basado en una organización de equipo multidisciplinar, incluyendo trabajadores sociales, enfermeros, monitores, psicólogos, psiquiatras, etc. que atiende a un grupo definido de pacientes. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad sobre el paciente, y trabajan de forma conjunta sobre la misma persona. Tratan de proporcionar todos los cuidados psiquiátricos y sociales que el paciente requiera de forma enérgica y extensa, incluyendo a los pacientes que lo rechazan o no cooperan.

Se diferencia del llamado «*Case Management*» o Gestión de Casos Tradicional fundamentalmente en dos aspectos:

- PACT enfatiza el trabajo en equipo y la corresponsabilidad; la relación se establece entre el equipo y los pacientes, y no entre un paciente determinado y un miembro del equipo concreto. La Gestión de Casos enfatiza la autonomía profesional y la responsabilidad individual. La relación se establece entre una persona (el «*case manager*») y los pacientes asignados. En otras palabras, los miembros de un equipo PACT comparten la responsabilidad sobre sus pacientes, mientras que los «*case managers*» llevan de forma individual su grupo de pacientes o cartera de clientes (*individual case-load*)
- Los equipos de PACT siguen un modelo especificado mientras que la Gestión de Casos sigue un marco teórico más amplio e indeterminado.

La práctica del PACT implica la derivación de los pacientes a equipos multidisciplinarios (psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras...) comunitarios. Tal y como ha sido recientemente redefinido «*una forma de gestión de casos intensiva que provee de un abordaje clínicamente eficaz para gestionar la asistencia de pacientes con enfermedades mentales severas en la comunidad*».

Sus características principales son:

- A diferencia de los sistemas de *case management* se enfatiza el trabajo en equipo y la relación del paciente con el equipo más que con una persona del mismo

- Los equipos ven a los pacientes con frecuencia, incluso en su propio domicilio, tienen una actitud asertiva en el tratamiento, y una cobertura de 24 horas.
- Trabajan con ratios de personal/paciente bajos (10-15 paciente por persona) e invariablemente tienen una actitud terapéutica y de intervención activa, incluso con pacientes reticentes o no colaboradores. Uno de los objetivos fundamentales es la adherencia a la medicación.

Se han evaluado 2.647 pacientes sometidos a este sistema de tratamiento, fundamentalmente en USA. Los resultados muestran que mejora el mantenimiento del contacto de los pacientes con el equipo, reduce los ingresos hospitalarios y el tiempo de estancia en el hospital (en un 50%). Es llamativo, sin embargo, que los estudios realizados en Europa (como el estudio PRISM), intentando replicar los resultados obtenidos en EE.UU. parecen obtener resultados más modestos.

Los estudios clínicos comparativos disponibles han demostrado que el PACT es una intervención clínicamente eficaz para el manejo de pacientes con enfermedades mentales severas en la comunidad, especialmente para los que utilizan más los recursos hospitalarios y tienen mayores dificultades de integración y retención comunitaria: pacientes graves, con escasas habilidades instrumentales y capacidad de resolución de problemas, con importante dependencia de servicios, y elevada vulnerabilidad al estrés.

GESTIÓN DE CASOS, PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO Y GUÍAS ASISTENCIALES PARA LA ENFERMEDAD MENTAL SEVERA DE CURSO CRÓNICO

La mayoría de las guías y recomendaciones asistenciales para el abordaje de personas con enfermedades mentales de curso crónico contemplan entre las intervenciones necesarias la presencia de sistemas que garanticen la continuidad de cuidados y el seguimiento intensivo en la comunidad, al menos para el subgrupo de pacientes más graves y discapacitados.

RECOMENDACIONES SOBRE ELEMENTOS REQUERIDOS PARA UN SISTEMA IDEAL DE ASISTENCIA COMUNITARIA (APA, 1978)

- Asistencia Médica General accesible y eficaz.
- Servicios disponibles y accesibles, con Intervenciones Psicosociales adecuadas.
- Sistemas eficaces de Alojamiento en la Comunidad.
- *Continuidad de Cuidados. Equipos de seguimiento en la Comunidad* («*Case Management*»).
- Programas de Apoyo Familiar.
- Acceso a Hospitalización en situaciones de crisis.
- Coordinación entre servicios, estamentos y entidades.
- Recursos económicos suficientes.

SCHIZOPHRENIA PATIENT OUTCOMES RESEARCH TEAM (PORT)
RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Sistemas de Provisión de Servicios: continuidad de cuidados, gestión de casos. Tratamiento Comunitario Asertivo y Gestión Intensiva de Casos. Los programas de Tratamiento Comunitario Asertivo deben dirigirse específicamente a los pacientes con un alto consumo de servicios, hospitalizaciones repetidas y dificultad de retención en tratamiento.

PROYECTO PARA UN TRATAMIENTO ÓPTIMO DE LA ESQUIZOFRENIA
OPTIMAL TREATMENT FOR PSYCHOSIS. FALLOON, 1999

Estudio internacional, multicéntrico, iniciado en 1994, con el objetivo de evaluar los beneficios y costes resultantes de aplicar estrategias de tratamiento farmacológicas y psicosociales óptimas en la esquizofrenia y psicosis afectivas durante un periodo de 5 años. Destaca la eficacia de la combinación de:

- Tratamiento farmacológico óptimo.
- Psicoeducación para los pacientes y sus familias.
- *Gestión de Casos Intensiva*.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA: GUÍAS DE CONSENSO Y RECOMENDACIONES DE EXPERTOS
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY

- 9 B: Garantizar la continuidad del proceso terapéutico tras la hospitalización
- Guía Nº10: Selección de servicios ambulatorios.
- Visitas médicas junto con un especialista extrahospitalario no médico (visitas por parte del equipo).
- *Tratamiento asertivo intensivo comunitario*.
- Rehabilitación Psicosocial.
- Rehabilitación profesional.
- Hospitalización parcial intensiva.
- Tratamiento de día durante la fase de recuperación.
- Tratamiento individualizado.

EJEMPLO PRÁCTICO: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZAMUDIO

El Hospital Psiquiátrico de Zamudio se encuentra situado en el término municipal de Zamudio, aproximadamente a 10 km de Bilbao. Ubicado en una finca de 95.000 m² existen dos edificios principales, el primero de los cuales incluye las unidades de corta y media estancia, servicio de admisión, administración, servicios hosteleros y servicios generales. El segundo está destinado a Unidad de Rehabilitación. Entre ambos existe un pabellón para terapia ocupacional, gimnasio, cafetería, etc., y una pista de deportes.

Se cuenta con dos Unidades de Corta Estancia, con 40 camas en total, dos Unidades de Media Estancia, con 18 y 34 camas, y una Unidad de Rehabilitación, con 40. Además dispone de Hospitales de Día en Zamudio, Barakaldo, y Erandio.

Como servicios de apoyo existen los de Medicina Interna, Psicología Clínica, Farmacia, Laboratorio, Salud Laboral, Informática y Biblioteca, siendo esta última de referencia para el conjunto de la red de salud mental.

Desde 1972, y de forma ininterrumpida, se cuenta con acreditación para la formación de postgrado en psiquiatría y psicología clínica (MIR y PIR). Además se participa en la docencia postgrado de la Escuela de Enfermería de la UPV, de pregrado de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Deusto y de la Facultades de Psicología de la UPV, y de la Universidad de Deusto.

En cuanto a investigación, y con dependencia simultánea del Departamento de Sanidad del Gobierno vasco y del Hospital de Zamudio, se dispone de un Departamento de Investigación Neuroquímica, con actividad centrada en la genética molecular.

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMO PROCESO

En el momento actual, el Proceso de Rehabilitación del Hospital de Zamudio se compone de dos procesos fundamentales:

- Hospitalización. Con 40 plazas y una estancia media prevista de 90 días. Un 75% de los pacientes del programa padecen trastornos esquizofrénicos severos de curso crónico, baja retención comunitaria y bajo soporte sociofamiliar.
- Programas de Seguimiento/Hospital de Día: Que han alcanzado en 2002 un total de 60 plazas en diferentes modalidades de seguimiento, en general inspiradas en los programas de seguimiento intensivo comunitarios para pacientes con patología mental severa de curso crónico. Este programa ha sufrido un incremento exponencial en los últimos 5 años, pasando de las 5.000 a las casi 20.000 estancias. En el año 2001 un 38% de los pacientes ingresados fueron derivados al alta a estos programas de seguimiento.

Uno de los objetivos del proyecto es el de desarrollar programas de seguimiento específicos para la población con TMS de Larga Evolución, como alternativa a la hospitalización. Dicho desarrollo se sustenta:

- **Argumento de Modelo Asistencial:** Orientación comunitaria, que contempla el desarrollo de dispositivos asistenciales comunitarios y la evitación de la hospitalización prolongada como abordaje de las personas con patologías mentales severas.
- **Argumento Técnico:** que defiende que los modelos de asistencia y rehabilitación comunitarios son más eficaces, favorecen más la integración social y por tanto la recuperación a largo plazo.
- **Argumento Económico:** el desarrollo de programas de tratamiento, rehabilitación y seguimiento comunitario eficaces y específicos para esta población evita reingresos, acorta el tiempo de hospitalización y a medio-largo plazo puede disminuir la necesidad de camas de hospitalización.

PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO. IMPACTO SOBRE LA GESTIÓN ECONÓMICA

Con objeto de medir el impacto del Programa de Seguimiento de la Unidad se procedió a un estudio de la evolución de los pacientes adscritos a dicho programa desde una fecha determinada. El estudio se ha realizado sobre 41 pacientes. La edad media es de 41 años, con un predominio de varones (31-39%).

RESULTADOS

Sobre un tiempo total de estancia continuada promedio de 910 en el programa, se midieron y compararon los días de hospitalización psiquiátrica completa que dichos pacientes habían tenido antes y después de su adscripción al programa de seguimiento/hospital de día. La media de días de hospitalización completa pasó de 164 a 28.

CUADRO I.
ESTANCIAS HOSPITALARIAS ANTES Y DESPUÉS DE INCORPORACIÓN A
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO/HOSPITAL DE DÍA

Servicio	Nº pacs.	Est media	Coste estancia	Coste paciente
Hospital de Día	41	910	34,71	31.586
<i>Hospitalización antes de H. de Día</i>	41	164	154,36	25.315
Hospitalización después de H. de Día	41	28	154,36	4.322

CUADRO II.
ESTANCIAS HOSPITALARIAS ANTES Y DESPUÉS DE INCORPORACIÓN A
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO/HOSPITAL DE DÍA.
PROYECCIÓN ANUAL

Servicio	Nº pacs	Est media	Coste est paciente	Coste	Camas evitadas	Estancias est. evitadas	Coste
H. de Día	41	365	34,71	12.669		-	-348.082
Hospital. antes	41	66	154,36	10.188	7,8	-	
Hospital. después	41	11	154,36	1.698	1,3	2.255	

CUADRO III.
COSTES

SERVICIOS	COSTE (€)
<i>Hospitalización antes H. de Día</i>	10.188
<i>Hospitalización después H. Día + H.Día</i>	14.367
<i>Diferencia</i>	+ 4.229
<i>Estancias Evitadas</i>	-348.082
TOTAL	-343.853

Los datos permiten deducir que la creación de los Programas de Seguimiento/Hospital de Día han reducido para la población analizada la necesidad de hospitalización media de 164 a 28 días, reduciendo los costes de hospitalización a una sexta parte durante dicho periodo. Si se hace una proyección anual de tales datos, las necesidades de camas hospitalarias para la población analizada se reducen de 7,8 a 1,3, lo que supone 2.255 estancias hospitalarias evitadas. Considerando el coste global de las necesidades de hospitalización y los programas de seguimiento/hospital de día, y teniendo en cuenta las estancias evitadas, el ahorro total es de más de 343.853 euros, lo que permite pensar que el desarrollo adecuado de tales programas permitirían cerrar camas hospitalarias, transferir dichos recursos a programas de apoyo y seguimiento comunitario.

CONCLUSIONES

ASISTENCIALES

Los Programas de Seguimiento Intensivo en la Comunidad y los Hospitales de Día con programas de rehabilitación dirigidos a personas con TMS de larga evolución y bajo soporte sociofamiliar reducen la necesidad de hospitalización completa, tanto en número de hospitalizaciones como en la duración de las mismas.

- Mejoran la retención comunitaria y el contacto con los servicios.
- Evitan la cronicidad inherente a la hospitalización prolongada y la dependencia de servicios.
- Aumenta la satisfacción de usuarios (pacientes y familiares).
- Disminuye el estigma asociado a la enfermedad mental severa.
- Es necesario incluir indicadores de satisfacción, calidad de vida, integración social y laboral, etc., para evaluar de forma más adecuada estos programas.

ECONÓMICAS

- Los costes de hospitalización completa disminuyen en función de una menor estancia media.
- Las estancias evitadas permiten financiar nuevas necesidades de hospitalización completa y/o la apertura de nuevos programas de seguimiento y servicios de rehabilitación comunitarios.
- Se produce un incremento de intensidad del tratamiento de un 553% mientras que el incremento de coste directo supone un 40%. Garantiza por tanto la eficacia y eficiencia de recursos empleados.
- El desarrollo adecuado de tales programas permitirían cerrar camas hospitalarias, transferir dichos recursos a programas de apoyo y seguimiento comunitario, con resultados ventajosos y acordes con las directrices asistenciales, técnicas y de gestión económica.

Los resultados de establecer Programas de Continuidad de Cuidados en la comunidad son siempre similares. Favorecen la evolución de los pacientes, evitan la cronicidad, son más satisfactorios, tanto para los pacientes como para las familias –e incluso para los profesionales– y, por otra parte no menos importante, demuestran ser rentables y permiten el desarrollo de reformas asistenciales en profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Conferencia de la APA (1978): *The 1978 APA Conference on the Chronic Mental Patient: A Defining Moment, Psychiatric Services.*
- Cuadernos Técnicos de la AEN nº 4 (2000): *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*
- Cuadernos Técnicos de la AEN nº 6 (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.*

- Desviat, M. (1995): *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid Ediciones DOR. S.L.
- Fallon et al. *Psychiatric Services* May 1999, Vol. 50, Nº 5: *Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project*.
- González Cases, J. y Rodríguez González, A. (coordinadores). Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales (C.A.M.) 2002: *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica*.
- Hernández Monsalve, M. (AEN Estudios 2000 –La Psicosis en la Comunidad–): *Los Programas de Seguimiento en la Comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?*
- Informe Ararteko, 2000. Apartado 7: Recomendaciones. 1.6 Continuidad de cuidados: *Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental (Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV)*.
- Marshall, M., Lockwood, A. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2000): *Assertive community treatment form people with severe mental*.
- Pereira Rodríguez, Carlos, Chicharro Lezcano, Francisco, Uriarte Uriarte, José J. Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud: Herramientas de Gestión y Rehabilitación Psicosocial: Organización de Servicios. VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios (Madrid 24, 25 y 26 de Junio 2002).
- Uriarte, José J., Moro Abascal, J. *Curso de Especialización en Rehabilitación Psicosocial y Asistencia Integral a la Enfermedad Mental Severa*. Universidad de Deusto, 2002-2003.
- Ziguras, S. y Stuart, G. *A Meta-Analysis of the Effectiveness of mental health case management over 20 years*. *Psychiatric Services*. Nov. 2000.

RED DE SALUD Y RED SOCIAL

Pablo G.^a-Cubillana de la Cruz
Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

I. JUSTIFICACIÓN PARA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL, CARACTERIZADA POR INTERVENCIONES DE NATURALEZA INTERSECTORIAL

La Organización Mundial de la Salud, en su informe de 2001 sobre la salud en el mundo (1), resalta la ineficacia de los grandes hospitales e instituciones psiquiátricas, caracterizándolos como escenarios de pérdidas de las aptitudes para la vida en sociedad, de medidas excesivas de restricción, de relaciones de dependencia, de procesos de despersonalización, de una disminución de las oportunidades de rehabilitación y con frecuentes violaciones de los derechos humanos.

En dicho informe se recomienda que los servicios de salud mental deben asegurar el tratamiento y la asistencia en la comunidad, de manera que los afectados puedan recibir un tratamiento eficaz e integrarse en la sociedad. Se deben abandonar las instituciones de manera planificada, desarrollando paralelamente servicios comunitarios como una alternativa viable.

Estas recomendaciones respaldan de manera contundente la necesidad y factibilidad de una atención comunitaria, como alternativa a la atención tradicional basada en Hospitales Psiquiátricos (2,3). En esta nueva realidad institucional, son los servicios los que tienen que centrarse en el paciente-usuario, y no al contrario, como sucedía en las instituciones psiquiátricas, en las que el paciente internado y recluido recibía todos los servicios (4).

El modelo de atención comunitaria a los problemas de salud mental de la población surge como un nuevo paradigma teórico, que en definitiva lo que plantea es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales que prive de sentido al Hospital Psiquiátrico. López et al (5,6), resumen los principios generales de este denominado "paradigma tecnológico" (7-14) en los siguientes aspectos:

La adopción de planteamientos de "salud pública", entendiendo por tales el compromiso de atención al conjunto de problemas de salud mental, de territorios y poblaciones concretas y adecuándose para ello a criterios epidemiológicos y de prioridades de atención.

La asunción de una "filosofía de la rehabilitación", que pone el énfasis en la autonomía personal, funcionalidad social y capacidades de los usuarios, más que en el control de síntomas, y en el respeto a sus intereses y expectativas; planteamientos que se plasman en una atención integral, incluyendo aspectos preventivos, de tratamiento, rehabilitadores y de integración social.

La organización de la atención sobre la base de una red de dispositivos, tanto sanitarios como sociales en sentido amplio; red que debe permitir un amplio abanico de prestaciones, accesibles y adaptables a las necesidades individuales de los usuarios, situándose la mayoría de sus componentes fuera del ámbito hospitalario, lo más cerca posible de los "contextos de vida" de las personas a las que tiene que atender.

Y, finalmente, un funcionamiento que hace énfasis en el trabajo en equipo (dentro de cada red y entre las distintas redes que interactúan), con mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad de cuidados, y la participación de profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

De manera paralela al desarrollo del modelo comunitario, se ha producido un cambio en la consideración social sobre las personas con enfermedad mental severa (5,14), partiendo en primer lugar, de considerar a estas personas como "*locos*" (individuos peligrosos, de los que la sociedad se defiende mediante el aislamiento y la reclusión de éstos), a identificarlos como "*enfermos*" (13), susceptibles por tanto de ser atendidos por el sistema sanitario, y más allá de ello, como "*ciudadanos*" (15), sujetos por tanto de derechos, para cuyo ejercicio

encuentran dificultades múltiples, unas derivadas de su enfermedad, pero otras de la existencia de distintas barreras sociales, establecidas y reforzadas en nuestras sociedades a lo largo de varios siglos (16).

Esta evolución, que sin duda ha cambiado de manera positiva el panorama de la atención al enfermo mental severo, supone entre otras cosas, ir más allá de los cuidados puramente sanitarios. Se precisa de una red mucho más amplia, con intervenciones desde varios sectores administrativos y profesionales, pero también de los propios familiares y usuarios. El énfasis en la ciudadanía también hace referencia a la aparición de colectivos organizados de afectados y familiares que reivindican su papel en la valoración de necesidades y establecimiento de objetivos propios (5, 14).

En esta "red de redes" la cobertura de necesidades de las personas con enfermedad mental severa, precisa de un abordaje biopsicosocial, en el que se articulen intervenciones de naturaleza intersectorial, tanto sanitarias como no sanitarias (2, 6, 14, 17, 18).

A diferencia de la asistencia en las instituciones manicomiales, el trabajo en red implica una mayor complejidad organizativa y un protagonismo compartido, en el que la coordinación intersectorial juega un papel vital.

En los viejos y obsoletos hospitales psiquiátricos la coordinación no era necesaria, pues ni siquiera se planteaban intervenciones de naturaleza intersectorial. Además, en virtud de su carácter de "institución total" (19), pretendiendo dar respuesta en su seno al conjunto de "necesidades" de sus internos, en bloque y con pocas, por no decir nulas posibilidades de flexibilidad e individualidad, la coordinación intersectorial era algo totalmente ajena a su dinámica de funcionamiento. A ello habría que incluir los efectos de la "neurosis institucional" (20), por los que no sólo no se daba solución a las necesidades de los pacientes, sino que se incrementaban sus problemas (deterioro personal, aislamiento y estigmatización social, entre otros).

Por el contrario, en el marco de la atención comunitaria, la coordinación intersectorial es imprescindible si tenemos en cuenta el tipo de intervenciones necesarias para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con problemas más severos e incapacitantes. Éstas intervenciones se caracterizan por los siguientes aspectos (21):

- Recaen en sectores diversos, incluyendo al menos prestaciones del Sistema Sanitario, el Sistema de Servicios Sociales, la Administración de Justicia y, en menor medida otras áreas (Trabajo, Educación, Cultura, etc.).
- Se organizan separadamente, siguiendo los mismos criterios que rigen la vida social para el resto de los ciudadanos.
- Se articulan coordinadamente desde el nivel de la planificación y la gestión general, hasta el de las prestaciones concretas a facilitar al individuo que las necesita.
- Esta coordinación es uno de los elementos esenciales para que se pueda realizar una atención integral y continuada, y por consiguiente, debe quedar garantizada por la propia estructura de la red (22).

Aunque la coordinación intersectorial abarca varios sectores del Sistema de Bienestar Social, dos de ellos, los servicios sociales y sanitarios, están obligados a entenderse entre sí. Esta necesidad de relación y coordinación recuerda a "esas parejas siempre en crisis, pero convencidos de que no podrían vivir el uno sin el otro" (23).

Desde una concepción integral, es evidente la necesidad de conjugar las intervenciones de ambas redes de manera coordinada, dada la influencia de los factores sociales, personales o familiares, ambientales y la interdependencia entre éstos, en el estado de salud de las per-

sonas, y a la inversa, las posibles consecuencias de la enfermedad en la situación social del individuo y su entorno (24).

En cierta medida, no existe separación entre "lo social" y "lo sanitario", de ahí el controvertido término "espacio sociosanitario"¹, al tratarse de necesidades interrelacionadas de los usuarios, y por ello, la interdependencia y actuación coordinada debería ser una característica básica de las instituciones de bienestar social (25).

Al hablar de coordinación intersectorial, no debemos olvidar la red informal de cuidados, que en nuestro caso asumen mayoritariamente los familiares de las personas con enfermedad mental (26). Por ello, la coordinación y colaboración con el movimiento asociativo de familiares y usuarios debe ser considerada como un elemento más de la red asistencial.

No podemos obviar que la coordinación intersectorial tiene unas ventajas, difíciles de dejar a un lado si tenemos en cuenta el continuo aumento de la demanda asistencial y por consiguiente la necesidad de nuevas dotaciones de servicios. Y aunque no es una panacea a las deficiencias del sistema, sí es un instrumento y una herramienta útil para lograr una eficiencia y eficacia en el funcionamiento de los Servicios (27).

Sólo a través de ella podremos economizar recursos, trabajar de acuerdo con objetivos globales compartidos y evitar que cada área se oriente exclusivamente por criterios sectoriales y hacia objetivos parciales, perdiendo de vista la posibilidad de aunar esfuerzos, repercutiendo negativamente en el paciente.

La posibilidad de descoordinaciones y desencuentros, con riesgos para el usuario de perderse entre "los huecos" de la red, es evidente y es función de la propia red estar en alerta, resolviendo los problemas que vayan surgiendo en este complejo entramado de instituciones. Sin embargo, estos riesgos representan la riqueza y esperanza de la vida frente a la uniformidad cerrada de las viejas instituciones y sus proyecciones territoriales (14).

II. RED DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

Con el objetivo de centrar la posterior discusión sobre la coordinación intersectorial, nos situamos en la experiencia concreta de la Comunidad Autónoma Andaluza, con una red de dispositivos sanitarios y sociales desarrollada a partir del proceso de reforma psiquiátrica, iniciado en 1984 (28-30).

Siguiendo las directrices contenidas en la Ley General de Sanidad (31) y el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (32), se desarrollaron distintas actividades orientadas a establecer una nueva red pública de servicios sanitarios de salud mental, conseguir la desaparición de los hospitales psiquiátricos, poner en marcha mecanismos intersectoriales complementarios de la intervención sanitaria, y conseguir una implicación activa de los profesionales, familiares y población general.

Este proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica ha posibilitado la creación de una nueva red sanitaria, de base y orientación comunitarias e integrada en el Servicio Andaluz de Salud, permitiendo el cierre progresivo de los Hospitales Psiquiátricos.

El objetivo último de la reforma es permitir que cualquier andaluz afectado por un problema de salud mental no pierda por ello su condición de ciudadano, manteniéndose en la comunidad con los máximos niveles posibles de autonomía personal e integración social. Lo

¹ La expresión "espacio sociosanitario" no tiene un uso claro ni exento de riesgo, si se trata, como de hecho parece en algunos casos, de generar más bien un nuevo espacio para depositar lo que no se quiere ni en la red sanitaria ni en la social, y no de articular un espacio de colaboración entre dispositivos y agentes diversos, con formas de gestión variables (5).

que exige, como se señala en el apartado anterior, además de cambios en actitudes sociales, un conjunto de actuaciones sanitarias y de apoyo social, con soportes profesionales, organizativos y financieros complejos.

Si el conjunto de intervenciones sanitarias se encuadran dentro del sistema sanitario general, las medidas de apoyo social, necesarias para complementar eficazmente aquéllas, han venido encontrando más dificultades para integrarse en el marco histórico de las prestaciones de los Servicios Sociales, sobre los que recae la respuesta a una multiplicidad de necesidades de muy distintos colectivos desfavorecidos.

Por ello, a instancias del Parlamento de Andalucía, se crea en 1993 la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental –FAISEM– (33), un organismo dependiente de las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Economía y Hacienda y financiado a través de los Presupuestos de la Comunidad, cuya función es la gestión de recursos de apoyo social para pacientes, usuarios de los servicios públicos de salud mental, con necesidades no atendibles desde los programas generales de servicios sociales.

Con ello, la Red de Servicios Públicos de Salud Mental en Andalucía (cuadro I), está integrada por una red de dispositivos sanitarios, un conjunto de recursos generales dentro del sistema de bienestar social y una red específica de recursos de apoyo social para personas con trastorno mental severo (34).

Así, la atención sanitaria es realizada por el *Sistema Sanitario Público de Andalucía*, en su mayor parte por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) que, además de reforzar el papel de los *Equipos Básicos de Atención Primaria*, ha generado una red de dispositivos especializados, articulada territorialmente en 15 Áreas de Salud Mental, y en la que se incluyen:

Equipos de Salud Mental Comunitaria o de Distrito: Son el núcleo del sistema de atención comunitaria especializada en salud mental. Están ubicados en el nivel de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, y realizan una triple función:

- apoyo a la actuación de los profesionales de Atención Primaria
- atención ambulatoria y domiciliaria directa
- coordinación de la remisión de casos a otros dispositivos más específicos (hospitalización, rehabilitación, etc.)

Unidades de Salud Mental de Hospital General: Son el espacio para la hospitalización breve de los pacientes que lo necesitan. Se sitúan siempre en Hospitales Generales y están dotadas con un número de camas que oscila entre 15 y 30 por Unidad. Desarrollan una doble función:

- atención hospitalaria en régimen de estancias cortas
- desarrollo de programas de enlace con el resto del Hospital

Además, el Hospital General donde se ubican dispone de un servicio permanente de Urgencias Psiquiátricas dentro de su Servicio General de Atención a Urgencias.

Unidades de Salud Mental Infantil: De carácter ambulatorio, especializadas en la atención a problemas de infancia y adolescencia y de ubicación variable (edificio independiente, Hospital infantil, etc.) Tienen una triple función:

- apoyo a la atención infantil de los Equipos de Distrito
- atención clínica directa
- desarrollo de programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales

Unidades de Rehabilitación de Área: Centradas en la atención rehabilitadora de pacientes mentales graves (Diagnosticados de Esquizofrenia fundamentalmente) y ubicadas habitualmente en un espacio independiente, realizan una doble función:

- desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial (en zonas urbanas) en régimen de *Centro de Día*
- apoyo a los Equipos de Distrito en el desarrollo de idénticos programas en sus respectivos ámbitos.

Hospitales de Día: Dispositivos de *hospitalización parcial* para procesos mentales graves, ubicados habitualmente en un recinto hospitalario. Funcionan como recurso intermedio entre las unidades de hospitalización de corta (USM-HG) y media estancia (CT) y los equipos de Distrito Sanitario y desarrollan programas de atención activa en régimen de hospitalización diurna, complementarios o alternativos a la hospitalización total.

Comunidades Terapéuticas: Concebidas con una dotación media de 15 camas cada una, constituyen estructuras de atención intensiva con hospitalización de media y larga estancia, para pacientes psicóticos, sin las características de marginación e institucionalismo tradicionalmente asociadas a la *larga estancia* en instituciones psiquiátricas. Se ubican en entornos variables (urbanos generales y/o hospitalarios) y complementan su actividad con programas de hospitalización parcial (*programas de día*).

Es importante resaltar que, a diferencia de otras Comunidades Autónomas, los servicios de salud mental no cuentan con Hospitales Psiquiátricos e incorporan, dentro del sistema sanitario, dispositivos específicos de rehabilitación y hospitalización activa de media-larga estancia.

Además, las personas con enfermedad mental, al igual que el resto de ciudadanos, tienen acceso a todos y cada uno de los distintos servicios encuadrados dentro del sistema de bienestar social. Sin embargo, esa consideración general tiene, en la práctica cotidiana, restricciones y dificultades que engrosan el capítulo de barreras sociales que afectan a estas personas.

Entre los recursos generales más susceptibles de ser utilizados por personas con enfermedad mental, se incluyen varios de los servicios existentes en las siguientes áreas de actuación:

- Dentro del área de *Asuntos Sociales*, en los SS.SS. Comunitarios es preciso señalar los servicios de información, orientación, valoración y asesoramiento, ayuda domiciliaria y de convivencia y reinserción social. En los SS.SS. Especializados destacan los servicios de atención a personas mayores, a personas con discapacidad y a personas con drogodependencias. Con respecto a estos últimos, quiero resaltar su creciente importancia en la atención integral al enfermo mental, debido a que la enfermedad mental se asocia con un riesgo muy elevado de padecer adicciones, siendo la prevalencia de trastornos mentales entre los drogodependientes muy alta (35, 36).
- En el área de *formación y empleo*, destacan los programas generales de formación profesional ocupacional y de apoyo al empleo, dependientes de la Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico o subvencionados por ésta.
- En el área de *educación*, los Programas de Garantía Social y Educación de Adultos, dependientes o subvencionados por la Consejería de Educación, son los más utilizados por este colectivo.

Cabe destacar las *prestaciones económicas*, tales como las pensiones por invalidez, en su modalidad contributiva y no contributiva, estando estas últimas gestionadas por la Consejería de Asuntos Sociales.

Por otra parte, entre los cometidos de la *Administración de Justicia*, señalaríamos la protección de los derechos de las personas que, en razón de un problema de salud mental, no son capaces de decidir por sí misma (mecanismos de incapacitación y tutelas, así como el control judicial de tratamientos involuntarios) y la atención a detenidos, penados, o eximidos de responsabilidad pero sometidos a tratamiento por decisión judicial.

Los programas de apoyo social específicos para personas con enfermedad mental puestos en marcha por FAISEM se desarrollan básicamente en las siguientes áreas de intervención:

Área residencial (37): Su finalidad es proveer alojamientos con distinto nivel de supervisión y apoyo a las personas que, en razón de padecer o haber padecido una enfermedad mental grave, tienen dificultades para vivir de manera independiente:

- programas de apoyo en el domicilio propio o familiar
- plazas en pensiones, para pacientes con relativa autonomía pero que precisan de algún tipo de entorno protector
- plazas en Residencias generales, a partir de convenios entre éstas (Residencias de Mayores y Centros para personas con deficiencia mental) y la Fundación.
- viviendas supervisadas, pisos para menos de 10 personas, cuyo nivel de autonomía personal no exige la presencia de personal de apoyo de manera permanente
- casas-hogar, alojamientos asistidos para pacientes más dependientes, dotadas para que residan en torno a 20 personas, que requieren la presencia de personal permanentemente

Área ocupacional (38): Su finalidad es proporcionar espacios para actividades ocupacionales, que faciliten la rehabilitación, resocialización y entrenamiento prelaboral de personas con enfermedad mental severa. Para ello se dispone de talleres y centros ocupacionales, en los que se realizan distintos tipos de actividades no remuneradas.

Área laboral (38): Su finalidad es favorecer el acceso y mantenimiento en un puesto de trabajo a personas que, al padecer o haber padecido, una enfermedad mental grave, tienen dificultades específicas para ello. Se desarrollan tres tipos de actividades:

- Cursos y proyectos de formación profesional ocupacional, destinados a favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades profesionales en distintos sectores productivos.
- Creación de puestos de trabajo en Empresas Sociales, como forma de facilitar empleo remunerado y estable a personas con muchas dificultades de acceso al empleo ordinario (39). A tal fin se han creado en Andalucía 8 Empresas (una en cada provincia), que tienen la calificación de Centros Especiales de Empleo.
- Apoyo al empleo en Empresas ordinarias, actividad con muchas dificultades en una sociedad como la nuestra (elevadas tasas de desempleo general y no pocos prejuicios sociales), que tienen todavía un nivel de desarrollo muy incipiente.
- También se cuenta con los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, con funciones de coordinación en ámbitos provinciales.

Área de fomento de relaciones sociales: Tiene como objetivo favorecer las relaciones interpersonales y el empleo del tiempo libre para personas con este tipo de problemas, a través fundamentalmente del desarrollo de Clubes Sociales (en colaboración con el movimiento asociativo) y Programas de vacaciones.

Área de apoyo al movimiento asociativo: En este área se colabora con Asociaciones de Familiares (26, 40) y Usuarios, contribuyendo a la financiación de actividades desarrolladas por las mismas.

Área de promoción de instituciones de tutela: Del mismo modo se pretende impulsar y se colabora con distintas Instituciones que tienen como objetivo facilitar la tutela de aquellas personas legalmente incapacitadas, en razón de padecer una enfermedad mental grave, y que no disponen de nadie en su entorno próximo que pueda o quiera ejercer dicha función.

Los programas de apoyo social de FAISEM se desarrollan en coordinación con la red de servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, desde los que se establece la derivación de las personas que necesitan alguna intervención o recurso de apoyo social, a la vez que mantienen la atención sanitaria necesaria en cada caso.

III. RELACIÓN ENTRE REDES: LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

A continuación, se describen las características fundamentales de la coordinación y sus mecanismos operativos, para después comentar algunos de los factores que facilitan su puesta en práctica, y finalizar con algunas dificultades de coordinación en la práctica cotidiana en una red de salud mental.

III.1. LA COORDINACIÓN Y SUS MECANISMOS DE ACTUACIÓN

El término "coordinación" tiene múltiples significados (24, 41-43), pudiéndose resumir en una serie de características generales. Por un lado, hace referencia al intento de que las actuaciones realizadas por distintos individuos o equipos dentro de una organización sean complementarias, no se superpongan ni sean contradictorias. Estas actuaciones deben estar planificadas con vistas a conseguir un objetivo común.

El concepto de coordinación es más amplio que el de cooperación, ya que esta última se produce cuando dos o más grupos o individuos trabajan hacia metas similares no enfrentadas, compartiendo información pero actuando independientemente.

También representa a la acción concertada de diferentes entidades, instituciones y organizaciones con un objetivo común, sin pérdida de sus respectivas características de organización, y además al aprovechamiento más eficaz de los recursos existentes adecuándolos a las necesidades de la población.

Existen distintas tipologías de coordinación en función del criterio que se utilice (42). Entre ellas se destacan:

Coordinación formal/institucional o informal: la coordinación formal es aquella que viene determinada en el funcionamiento de la organización y responde a un esquema planteado previamente. En cambio, la informal surge en el trabajo cotidiano de una forma espontánea, sin estar determinada por la organización, y responde a las necesidades de trabajar conjuntamente por parte de distintos profesionales, ya sean de la misma organización o de diferentes instituciones.

Coordinación interna/intraorganizacional o externa/interorganizacional: La coordinación interna es la que se realiza dentro de la propia organización como tal unidad que es, para que todos los esfuerzos vayan dirigidos a los mismos objetivos. En cambio, la externa hace referencia a aquella que se desarrolla entre organizaciones. A su vez se puede dar a nivel horizontal y vertical.

Coordinación vertical u horizontal: La coordinación vertical es la que se lleva a cabo entre los distintos niveles jerárquicos, es decir, de arriba hacia abajo, siendo importante para que aquellas personas que trabajan directamente con la población, puedan realizar un trabajo que sea acorde con las líneas de trabajo marcadas por niveles superiores. Sin embargo, la horizontal permite que la actuación de las distintas unidades o equipos esté conectada a través de la coordinación en los flujos de trabajo y en las informaciones.

Coordinación a nivel político/administrativo o técnico: A nivel político/administrativo, según se realice entre aquellos que tienen la responsabilidad de determinar los objetivos, prioridades, estrategias globales; y a nivel técnico, cuando se lleva a cabo entre los responsables de la ejecución, de operativizar lo determinado por los máximos responsables de la organización.

En relación a la red de servicios sociales y sanitarios, que es nuestro contexto específico de actuación, la coordinación se establece con criterios y niveles similares a los descritos, aunque por su naturaleza intersectorial, la coordinación externa o interorganizacional es la que adquiere mayor importancia, pues sin ella la red no podría funcionar como tal, y ello imposibilitaría ofrecer una atención integral y continuada, adaptada a las necesidades reales de las personas con problemas severos de salud mental (22). Ésta se desarrolla entre los distintos organismos que constituyen la red asistencial, estableciéndose varios niveles (21):

- 1) Un primer nivel político más global, que corresponde a la coordinación de políticas generales de desarrollo de recursos y programas (Consejo de Gobierno y otras formas de relación bilateral entre las Consejerías implicadas).
- 2) Un nivel técnico más intermedio, entre las organizaciones que gestionan las prestaciones concretas, que puede a su vez subdividirse en un escalón regional, provincial e incluso de otras divisiones territoriales. Dentro de este apartado podríamos citar:
 - Con ámbito regional, funciona una Comisión Central de Coordinación, con participación de responsables regionales del Servicio Andaluz de Salud, Servicios Sociales y FAISEM, siendo sus funciones entre otras las de revisar periódicamente el desarrollo de las actividades y conocer y resolver, en su caso, las incidencias que se presenten en el mismo y las de intervenir sobre las discrepancias que pudieran presentarse en las Comisiones Provinciales de Coordinación.
 - En el ámbito provincial, existen 8 Comisiones de Coordinación con participación de responsables provinciales² de las citadas instituciones y con el cometido siguiente:
 - Estudiar cada uno de los informes-propuesta para ingreso en programas de FAISEM.
 - Asegurar la adecuación de las peticiones realizadas estableciendo un orden de prioridades ante las solicitudes presentadas.
 - Valorar el diseño de un programa individualizado planteado por el dispositivo derivante, que establecerá los objetivos que se pretendan alcanzar con el usuario.
 - Supervisar el funcionamiento global de los programas de apoyo social, estableciendo periódicamente las plazas disponibles en cada uno de los mismos.

² En relación al SAS, un profesional designado por el Director Gerente responsable de cada una de las Áreas de Salud Mental existente en la provincia.

En algunas provincias también hay establecidos espacios de coordinación específicos para determinados programas (comisiones residencial y laboral), donde participan principalmente profesionales del SAS y de FAISEM. También existen espacios de coordinación en diversas provincias o áreas de salud mental, diferentes en cuanto a los aspectos formales y de denominación del mismo, pero similares en cuanto a contenidos, en los que se abordan aspectos generales de los programas asistenciales y terapéuticos o programas destinados a colectivos con necesidades especiales (p.e. Comisión de casos difíciles).

- 3) Un nivel informal más operativo, entre los profesionales y equipos directamente intervinientes sobre las personas concretas que los necesitan.

Por otro lado, y en referencia a la coordinación interna o intraorganizacional, dentro de cada una de las instituciones que integran la red, ésta se establece en función de las peculiaridades y necesidades de cada institución, aunque comparten una estructura similar a la descrita con anterioridad.

Además de los mecanismos de coordinación descritos, habría que mencionar otros espacios de coordinación y colaboración intersectorial, que aunque se establecen de manera formal, no son estables a lo largo del tiempo sino que funcionan de manera puntual para el seguimiento de determinados programas, en los que, o bien participan varias Consejerías de la Junta de Andalucía, o dependen de alguna de ellas pero están desarrollados por una de las entidades que integran la red asistencial.

Su estructura no difiere de los niveles ya descritos y reciben nombres tales como Comisión Técnica, Comisión Mixta Regional y Subcomisión Mixta Local. En estas comisiones están representadas, en sus respectivos niveles, todas las instituciones que participan en el programa, tal y como suele venir reflejado en el Convenio que se firma para la puesta en marcha del mismo.

También se incluirían en este apartado las colaboraciones institucionales que ejercen como mecanismos de apoyo intersectoriales, a través de actividades formativas para los profesionales de las distintas instituciones. Se hace referencia a espacios tales como las Jornadas Provinciales con participación de profesionales de Servicios Sociales Comunitarios, Áreas de Salud Mental del S.A.S. y FAISEM celebradas a lo largo de 2002 en las 8 provincias andaluzas o las Jornadas Regionales de Justicia y Salud Mental, que se desarrollan anualmente con participación de profesionales de la Administración de Justicia y del resto de instituciones que componen la red asistencial.

Y además, señalar la participación del movimiento asociativo en diferentes órganos consultivos de los distintos organismos, junto a espacios de coordinación para el seguimiento de determinados programas, dependientes de algunas de las administraciones u organismos y desarrollados por las asociaciones de familiares. De manera puntual, se realizan encuentros regionales entre familiares e instituciones con el objetivo de acercar posturas y facilitar la colaboración entre ambos.

El vehículo y soporte básico de la coordinación es la COMUNICACIÓN, la existencia de unos canales y redes de comunicación bien estructurados y rápidos, que permitan una buena circulación de toda la información, necesaria para el funcionamiento de las distintas unidades dentro de una organización, así como la eficaz interrelación entre distintas organizaciones.

Junto a ello es preciso establecer instrumentos que utilicen un lenguaje claro para evitar múltiples interpretaciones y desviaciones en la comprensión (44). Existen diversos mecanismos e instrumentos para la coordinación, algunos de ellos muy similares aunque con dife-

rente denominación (Comités, Consejos, Comisiones Mixtas, Grupos de Trabajo, Reuniones, Protocolos de Actuación Conjunta, Informes de Derivación, etc.).

Respecto a los protocolos de actuación, señalar su importancia como garantía de coordinación, aunque sin perder de vista la creatividad y espontaneidad, que en determinadas situaciones, precisa un profesional en el campo de la salud mental.

Como ejemplo de protocolo, se señala el establecido entre los Centros de Drogodependencias y Salud Mental (45), con la doble finalidad de ofrecer una respuesta adecuada a los usuarios afectados por patología dual y de mejorar la coordinación entre ambas organizaciones.

El citado protocolo contempla las áreas generales de actuación, que hacen referencias al abordaje de los problemas generados por la patología dual, así como a la orientación de usuarios e itinerarios terapéuticos y los criterios generales de intervención, y establece 4 niveles de coordinación:

- *Coordinación regional*, cuya misión principal es el impulso institucional y político en la planificación de actividades.
- *Coordinación provincial*, que tiene como función la organización y elaboración del documento marco sobre líneas básicas de actuación, así como el seguimiento de los contenidos recogidos en el mismo.
- *Coordinación comarcal*, que realiza la ejecución operativa del protocolo de actuación, fomentando la información y la coordinación clínica de casos en seguimiento, así como las actividades de formación que se precisen.
- *Coordinación técnica*, que tiene un carácter básicamente clínico, dirigida a la toma de decisiones sobre usuarios en tratamiento, mediante sesiones clínicas, interconsultas, etc.

Por último, se señala por su relación con la coordinación de intervenciones, una de las estrategias centrales del Plan de Calidad de la Consejería de Salud (46), la implantación progresiva de un sistema de gestión integral de procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La gestión por proceso procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla, el abordaje de determinados problemas de salud, desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo (47). Se incluyen problemas cuya atención puede realizarse mediante secuencias de intervenciones similares que implican agentes y niveles diversos dentro y fuera del sistema.

Dentro de los problemas de salud mental, se incluyen los procesos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, Trastorno Mental Severo, Demencias y Trastornos de la Conducta Alimentaria, algunos de ellos todavía en desarrollo.

III.2. FACTORES QUE CONDICIONAN LA COORDINACIÓN

La existencia de una red asistencial y de sus mecanismos de coordinación no asegura el funcionamiento de éstos de manera adecuada. Esta red en ocasiones, llega a convertirse en un complejo entramado en el que priman los conflictos entre profesionales e instituciones, situando en un segundo plano a las personas con problemas severos de salud mental, que son la principal razón de ser de esta coordinación.

El trabajo coordinado en una "red de redes" de servicios públicos de salud mental, requiere, además de los aspectos ya citados, de una serie de condicionantes relacionados

tanto con la estructura y funcionamiento de las instituciones y sus servicios (48), como con determinadas actitudes de los profesionales que trabajan en ellas.

En relación a las organizaciones, se señalan los siguientes aspectos o "factores institucionales":

- Grado de conocimiento, por parte de todos los profesionales que integran la red, de los aspectos generales de las distintas organizaciones (tipo de organización, dependencia administrativa, contexto de actuación, población objeto, objetivos generales y prioridades, programas y líneas de actuación, recursos disponibles y su ubicación, profesionales que la integran, etc.).
- Grado de conocimiento específico sobre las competencias y limitaciones de las organizaciones y el nivel de formación, experiencia y funciones de su personal. La mayoría de los conflictos suelen surgir por la desconfianza que genera el desconocimiento del trabajo que realizan las otras instituciones y de ahí su importancia si queremos lograr un nivel de entendimiento y clima de confianza entre ellas.

Canales de comunicación interinstitucionales, tanto formales como informales. Las vías de comunicación han de ser fluidas, favorecida por el uso de un lenguaje común entre organizaciones y sus profesionales.

La cultura de organización de cada institución, su nivel de toma de decisiones, el grado de autonomía de sus miembros, etc., los cuales influyen en momentos de negociación. En estas situaciones es aconsejable no capitalizar el protagonismo ninguna de las partes y que haya un cierto reparto de poder en las decisiones a tomar (24).

El funcionamiento interno de las organizaciones, en especial de sus equipos de trabajo, va a condicionar en gran medida las relaciones con el exterior. Si bien la mayoría de los equipos de trabajo son multidisciplinares, no todos desarrollan un trabajo interdisciplinar³. A pesar de que éste último parezca razonable en el contexto de la atención integral a personas con problemas severos, su desarrollo práctico es bastante problemático, debiendo superar varios obstáculos personales⁴ e institucionales⁵.

Procedimientos operativos de las distintas organizaciones, los requisitos de acceso o los diferentes sistemas de información. A veces, éstos influyen de manera negativa en la gestión de los programas individualizados, adaptándose en algunos casos las necesidades de los usuarios a las necesidades de los servicios y no al contrario.

Existencia de protocolos intersectoriales de actuación, que además de ser un instrumento útil para garantizar la coordinación entre instituciones, tienen la ventaja de que al tener sistematizadas las intervenciones de los diferentes profesionales, permiten que éstas sean mejoradas introduciendo mecanismos de evaluación. Además, permiten alcanzar una cierta homogeneidad en la actuación ante problemas con características comunes o conse-

³ La interdisciplinariedad comporta un cierto grado de integración conceptual y metodológica, más allá de las particularidades de las disciplinas que intervienen. Para que ello sea posible cada disciplina ha de entrar en juego con su máxima especificidad para ir construyendo la interdisciplinariedad, resultado de la reflexión y de la acción común que rompe la estructura de cada disciplina (49,50).

⁴ Existe un rechazo a la igualación, motivado por el status profesional (los de titulación más superior tienen más poder social y se resisten a considerar sus conocimientos al mismo nivel que los de otros profesionales con titulación inferior); pero también una negación de la diferenciación, cuando los profesionales no tienen claro los límites de su campo de saber y actuación (51).

⁵ La estructura piramidal de algunas organizaciones obliga de alguna manera a reproducirse en todos sus ámbitos de su demarcación. Los obstáculos pueden ser tanto explícitos como horarios, indefinición administrativa de funciones, etc., como implícitos, reflejados en comentarios tales como "se pierde mucho de tiempo discutiendo" o "no es necesario porque todos conocen su responsabilidad" (49).

guir una mayor claridad en la necesaria coordinación entre los distintos elementos y niveles de una o varias organizaciones (22).

Los propios intereses de las organizaciones, que pueden utilizar la coordinación intersectorial para satisfacer sus deseos de poder, asumir mayor protagonismo o relevancia; o por el contrario, mostrar resistencia a la coordinación, al ver en ella una amenaza a sus intereses, percibiendo la iniciativa como una forma de perder la primacía en el área o entender que la propia institución si se preocupa por la población y la otra no (48).

Por otro lado, y como antes mencionábamos, las características y actitudes o “factores individuales” de los profesionales de las distintas instituciones también condicionan el trabajo comunitario en red, aunque en algunos casos estas actitudes representan las características propias de las organizaciones de las cuales ya hemos hablado.

El trabajo en la comunidad requiere de algo más, que el simple hecho de trabajar en un dispositivo comunitario de la red asistencial. Incluso me atrevería a decir, que no es imprescindible salir del hospital psiquiátrico para tener una perspectiva comunitaria a la hora de diseñar e implantar una programación de cuidados para un paciente, con vistas a su salida del hospital e integración en la comunidad.

Existen una serie de condicionantes profesionales para el trabajo intersectorial en el ámbito comunitario. Separar lo profesional de lo personal es complejo y aún más en el campo de la salud mental; por ello, aunque hablamos “de lo profesional”, también nos referimos a las características personales que influyen, en ambos sentidos, en la práctica profesional.

Al hablar de condicionantes en general, habría que tener en cuenta un innumerable conjunto de factores que interfieren en la práctica profesional, aunque los más significativos e influyentes serían los siguientes:

- Determinadas *actitudes profesionales “pro-comunitarias”*, que se definen como aquellas actitudes favorables al trabajo en la comunidad.
- *Visión de trabajo en red*, y no simplemente trabajar en ella. Es preciso que el profesional tenga una visión de conjunto de toda la red de dispositivos involucrados en la atención integral a las persona con enfermedad mental severa y no una visión aislada y limitada a su campo de acción. A veces, el profesional limita su visión de red tan solo a los dispositivos con los que está acostumbrado a trabajar.
- *Percepción de pertenecer a un equipo de trabajo*: Para que los miembros de un equipo tengan la percepción de pertenencia al mismo es necesario que exista un proceso previo de discusión sobre los objetivos y la tarea a realizar, sobre la forma de abordarla y sobre la forma de organización del propio equipo. Este ha de proporcionar a cada uno de sus miembros ideas y motivación suficientes para desarrollar su función desde la perspectiva del equipo, con la finalidad de marcar objetivos, planificar acciones e implementarlas con capacidad y éxito (49).
- *Actitud favorable al trabajo de equipo*: Un equipo no es un conjunto de individuos que simplemente trabajan juntos, sino que están de alguna manera organizados para cooperar y complementarse en sus funciones; por tanto, se debe caracterizar no sólo por la presencia física de sus componentes sino por una forma de trabajo y funcionamiento⁶ (49).

⁶ El trabajo de equipo implica compartir un objetivo común y una integración de conocimientos e ideas aportadas por cada uno de sus miembros, los cuales poseen una especialización particular y son responsables de sus decisiones y acciones (52). La integración de conocimientos permite tener una visión integradora de la necesidad de intervenir, una apertura intelectual que puede dar una visión no fragmentada que permite el uso de una metodología superior, el enriquecimiento multidisciplinar, la racionalización y, especialmente, la ayuda mutua para superar las dificultades externas o propias, acogiéndose a la seguridad que da el equipo (53).

- *Respeto e interés por conocer otras disciplinas profesionales*. Es preciso tener una actitud de apertura hacia otras profesiones, sus funciones, sus competencias, etc., y sobre todo si se trabaja conjuntamente con ella. En la mayoría de los casos, las críticas que se vierten sobre otros profesionales son motivadas por un total desconocimiento de su profesión.
- *Barreras profesionales permeables*. Una delimitación excesiva de funciones de las distintas disciplinas puede crear compartimentos estancos que difícilmente van a permitir un trabajo de equipo. Tampoco es conveniente una falta total de funciones, pues ello merma la confianza del profesional, generando posturas defensivas hacia otras profesiones.
- *Interés por la participación activa del paciente y su familia*. Como se señala en otro apartado de este texto, el modelo comunitario implica, entre otros, la participación activa de usuarios y familiares en su proceso de recuperación; sin embargo, en la práctica cotidiana, esta participación se limita en muchos casos a mantenerles informados, considerando que con ello está más que cubierto su derecho de participación. Los profesionales deben dedicar tiempo a relacionarse con usuarios y familiares, atendiendo sus demandas y acordando objetivos y estrategias de actuación conjuntas.
- *Evitar el uso excesivo de tecnicismos profesionales*. El exceso o desproporción del uso de técnicas en relación con sus finalidades, constituye otro de los refugios de seguridad que se apoya en la estrategia de centrar las intervenciones en los procedimientos y no en los resultados; un refugio ante la incapacidad para lograr intervenciones eficaces (54, 55).
- *Interés por la formación continuada*. La práctica profesional implica un proceso continuo de formación e innovación para adaptarse tanto a los avances tecnológicos y profesionales, como a la realidad y necesidades cambiantes de la población objeto. Adicionalmente, muchos de los profesionales que en la actualidad trabajan en la red, realizaron su formación reglada cuando aún no se había desarrollado la asistencia comunitaria, y de ahí la importancia de la formación continuada como indicador de calidad asistencial (22).
- *Interés por la formación de los cuidadores informales*. La formación de familiares, que en la mayoría de los casos son la única red informal de cuidados, es otra de las actividades incluidas en los programas de atención integral a personas con enfermedad mental severa. Estas actividades suelen desarrollarse a través de los denominados Programas de Psicoeducación Familiar, que incluyen información sobre la enfermedad, sus dificultades y necesidades de atención, así como entrenamiento y apoyo personal (56, 57).
- *Interés por la evaluación e investigación*. Si queremos ofrecer una atención de calidad desde los servicios de salud mental es imprescindible que exista de manera continuada un proceso de retroalimentación que permita conocer “lo que se hace” para poder compararlo con “lo que se debería hacer” (58). La actividad evaluadora va ligada al proceso de planificación, siendo su finalidad la mejora de la asistencia. La investigación, al igual que la formación, incrementa la motivación de los profesionales y es un elemento de progreso de todas las organizaciones. Se considera como una herramienta de generación de conocimiento nuevo a través del método científico, imprescindible para desarrollar actuaciones efectivas y facilitar el aprendizaje de los profesionales (22).

Un *componente ideológico*, centrado en la defensa de los derechos fundamentales de las personas. Difícilmente se puede trabajar con una orientación comunitaria, si no se respetan los derechos y libertades básicas de los pacientes, que ante todo son ciudadanos con plenos derechos a vivir de manera independiente en la medida de sus posibilidades, con los apoyos necesarios para minimizar los efectos de su discapacidad (15, 16). El respeto hacia la persona

con enfermedad mental debe estar incluido en el sistema de valores de los profesionales, pues de lo contrario sus acciones se verán llenas de prejuicios y actitudes discriminatorias que interfieren negativamente en el proceso de rehabilitación e integración en la sociedad.

Capacidad para establecer *relaciones interpersonales saludables*, para lo cual no sólo es necesario un proceso de entrenamiento y aprendizaje de estrategias y habilidades, sino que se precisa de un interés por las relaciones interpersonales, que incluye, entre otros, interés por la comunicación humana y actitudes empáticas.

La empatía, o el ejercicio de ponerse en el lugar del otro, para de esta manera entender su realidad, parece evolucionar, en algunos casos, de manera inversamente proporcional a la adquisición de conocimientos y habilidades profesionales, como si la profesionalización actuara como "coraza emocional" para minimizar los efectos de las relaciones con personas con trastornos severos, con graves problemas de aislamiento social y por tanto necesitadas de relaciones interpersonales. Ésta actitud, no sólo debe primar en las relaciones con los pacientes y familiares, sino también con los compañeros de trabajo u otros profesionales.

Y finalmente, determinadas *habilidades profesionales, conocimientos, técnicas y procedimientos*, que no siempre se adquieren en los programas formativos reglados. Por ello y como antes se menciona, es imprescindible una actitud favorable al aprendizaje continuado a lo largo de toda la trayectoria profesional.

Si hemos destacado los factores tanto institucionales como individuales que influyen y condicionan la coordinación en general, hemos también de destacar aquellos elementos que pueden garantizar la coordinación intersectorial de programas o intervenciones concretas (24,43):

- Un reconocimiento o visión compartida de un problema común y la aceptación de la cooperación con otras entidades, como la solución potencial del mismo.
- Autoridad y/o capacidad de influencia suficiente para tomar decisiones e implicar recursos personales u organizacionales por parte de aquellos que participan en el proceso.
- Prioridad similar o bastante aproximada a la solución del problema que se aborda, por parte de los diferentes equipos e instituciones.
- Una capacidad creativa, de flexibilidad, para emprender actuaciones no convencionales pero que se intuyen eficaces.
- Sensación de los diferentes participantes de que todos y cada uno de ellos (personas u organizaciones) obtienen algún beneficio.
- Un sistema de comunicación abierto que favorezca el reconocimiento de la responsabilidad de cada participante en la solución del problema.
- El reconocimiento de que todos están implicados en la resolución de situaciones comunes, compartiendo riesgos y tipos de problemas.
- Ser conscientes de que existen límites más allá de los cuales una institución o un profesional no debe pasar; límites que deben ser discutidos desde el primer momento.

III.3. ALGUNAS DIFICULTADES DE COORDINACIÓN EN LA PRÁCTICA COTIDIANA EN UNA RED DE SALUD MENTAL

En la actualidad, aunque en Andalucía se han producido grandes avances en el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica tradicional, centrada en los hospitales psiquiátricos, con el desarrollo de una red de servicios comunitarios de salud mental, existen una serie de problemas o "temas pendientes" relacionados con la cobertura de los servicios (dotación, distribución geográfica y adecuación física), con aspectos organizativos (de cada red y

de coordinación entre ellas) y con aspectos de funcionamiento y calidad de los servicios (heterogeneidad, insuficiente desarrollo de modelos comunitarios y escasas iniciativas de evaluación e investigación) (26, 30, 59-62).

Si bien todos los problemas citados interfieren en la práctica cotidiana del trabajo en red, los relacionados con la coordinación, son los que más perjudican la continuidad de cuidados y por tanto la atención del colectivo que más lo precisa, las personas con enfermedad mental severa. A pesar del incremento cuantitativo de recursos sanitarios y sociales dirigidos a prevenir la autonomía y mantener la inserción social de las personas con dificultades, se ha constatado que la falta de coordinación de las distintas acciones ha sido la principal dificultad para lograr una atención global e integral (63).

Una red está formada por "nudos" (dispositivos y servicios), "cuerdas" (conexiones), pero también y como mencionamos con anterioridad "huecos" por los que se pueden perder las personas a falta de coordinación y continuidad de cuidados (14). En cuanto a estos últimos y centrándonos en la red de servicios de salud mental de Andalucía, existen tanto factores que dificultan la coordinación intersectorial, como problemas concretos de coordinación entre las distintas instituciones u organizaciones.

En relación a los factores que dificultan la coordinación, y sin la pretensión de abarcar todos ellos, se señalan los siguientes:

- Ausencia de un verdadero PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN COMUNITARIA, que integre y coordine las actuaciones de los profesionales y agentes implicados en la atención a personas con problemas severos de salud mental.
- Determinadas actitudes ante este colectivo por parte de algunos profesionales de la red asistencial, que interfieren de manera negativa en las relaciones y actuaciones intersectoriales. A continuación se señalan algunos ejemplos:
 - Una persona con diagnóstico de esquizofrenia que precisa de una operación de estómago y el personal sanitario del servicio de cirugía pretende ingresarlo en la unidad de psiquiatría porque "allí lo tratan mejor", o el caso de algún servicio de ayuda domiciliar de los Servicios Sociales Comunitarios, para el que padecer una esquizofrenia era motivo de exclusión de sus programas de ayuda.
 - Algunos dispositivos sanitarios de salud mental, consideran que las intervenciones que tienen que realizar para cubrir las necesidades del colectivo de personas con trastornos graves⁷, restan mucho tiempo para atender las numerosas y variadas demandas del resto de la población. Si embargo, la atención a este colectivo, se limita habitualmente a una atención puntual en las crisis, un tratamiento farmacológico y revisiones de periodicidad trimestral en las que se hace poco más que controlar la medicación (62).
 - En algunos dispositivos de apoyo social, especialmente en el programa residencial, aunque atienden exclusivamente a personas con trastornos mental severo, se producen, en ocasiones, actitudes de rechazo a determinados pacientes recién incorporados, con alguna patología orgánica grave y/o crónica, consumo de tóxicos o que presenta problemas de conductas de difícil abordaje, siendo precisamente éstos los que precisan de más atención ("Ley de Cuidados Inversos").
 - Desconocimiento de las distintas organizaciones por parte de los propios profesionales y de los mecanismos de coordinación establecidos entre ellas. Este desconocimiento, que se hace más evidente en profesionales de los Servicios Sociales

⁷ Aproximadamente entre el 15 y 20% de la población atendida en los Servicios Públicos de Salud Mental de Andalucía son personas con trastorno mental severo (14).

Comunitarios aunque también se da en profesionales sanitarios y de apoyo social, genera, en ocasiones, confusiones y frustraciones en los profesionales, al percibir la política interna de cada organización como una traba más en su intento de realizar un trabajo coordinado entre las distintos agentes que atienden a un usuario concreto.

- Falta de confianza entre los profesionales de las distintas organizaciones, en especial entre profesionales del SAS y FAISEM, que se reflejan en comentarios que desprestigian la labor de unos y otros. En un caso, los comentarios suelen hacer referencias a la falta de profesionalidad de los monitores con un exceso de implicación emocional, mientras que en el otro, los comentarios suelen ir dirigidos a una falta de implicación de los profesionales sanitarios, especialmente en momentos de crisis o descompensaciones clínicas.
- Deseos de un protagonismo excesivo y resistencia a ceder determinadas “parcelas de poder”, por parte de algunos profesionales de las diferentes organizaciones. La creación de FAISEM supuso para muchos dispositivos sanitarios de salud mental la posibilidad de contar con unos recursos de apoyo social, que complementarían la atención que precisaban los pacientes con patologías más severas; sin embargo, para otros, esta iniciativa fue vista inicialmente como una amenaza a su “primacía percibida” en la atención hacia estas personas, siendo ésta mayor en los casos donde con anterioridad a FAISEM, estos dispositivos sanitarios gestionaban algún recurso de apoyo social, como un taller ocupacional o un piso supervisado. No parece que en la actualidad esta “amenaza” siga siendo percibida, si bien siguen existiendo ciertas “luchas de poderes”, sobre todo en relación a la gestión de algunos talleres ocupacionales, los cuales están muy ligados a los ESMD.
- También, desde FAISEM, algunos de sus monitores tienen la percepción de que son los únicos que se preocupan por la población que atienden, sobre todo en el programa residencial donde el seguimiento es a veces de 24 horas al día, siete días a la semana.
- La implantación de dinámicas de trabajo interdisciplinar en los diferentes equipos de profesionales sanitarios es muy desigual, limitándose en algunos casos a un trabajo multidisciplinar.
- Desmotivación en algunos profesionales, que si bien se traduce en una falta de interés generalizada por el trabajo, afecta en gran medida a la coordinación con otros agentes y profesionales pues supone un esfuerzo adicional que no están dispuestos a realizar.

En cuanto a los problemas concretos de coordinación intersectorial se señalan los siguientes:

- Lagunas de coordinación intersectorial en el seguimiento de pacientes con trastorno mental severo, especialmente de aquellos de difícil abordaje o “difíciles de situar” (3, 64, 65), los incluidos en el colectivo de personas “sin hogar” (66-68) o pacientes con patología dual –enfermedad mental y drogodependencia– (35, 36).
- Deficiencias en la derivación de pacientes a otros dispositivos sanitarios o programas de apoyo social: no ajustadas a las necesidades del paciente, incumplimiento de los procedimientos establecidos para tal fin, no haber consultado e informado al paciente, no conocer sus intereses y opiniones, no conocer los dispositivos o programas a los que se deriva, etc. En otros casos, los profesionales que realizan la derivación transmiten a los pacientes unas expectativas poco realistas, con la consiguiente frustración que ello ocasiona, o que la derivación se traduzca en un desentendimiento del paciente.

- Deficiencias en la coordinación y colaboración entre los dispositivos de salud mental y los Servicios Sociales Comunitarios, existiendo una demanda explícita por parte de los segundos de una mayor atención y apoyo para atender los problemas de salud mental de la población que atienden.
- Conflictos entre los dispositivos sanitarios (Equipos comunitarios y Unidades de Rehabilitación) y los de apoyo social (servicios de orientación y apoyo al empleo) en cuestiones relacionadas con la derivación a programas de integración laboral; éstos surgen, entre otros motivos, por diferencias en cuanto a las funciones y delimitación de tareas de unos y otros, en la evaluación inicial de los usuarios y en su posterior seguimiento a través de sus respectivos itinerarios laborales.
- Duplicidad y descoordinación de actuaciones en los programas de atención domiciliaria que desarrollan, en sus diferentes ámbitos de actuación, los Servicios Sociales Comunitarios, los dispositivos sanitarios de salud mental, los dispositivos de apoyo social, las entidades tutelares y algunas asociaciones de familiares.
- Descoordinaciones en la atención de urgencias, traslados e ingresos involuntarios, motivadas en la gran mayoría de los casos por un desconocimiento de la normativa existente para tales situaciones (69), por parte de los distintos agentes implicados (atención primaria, salud mental, servicios de urgencias sanitarias, administración de justicia y fuerzas y cuerpos de seguridad).

ALGUNAS PROPUESTAS DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN Y EL TRABAJO INTERSECTORIAL

A modo de conclusión, se recogen algunas propuestas para potenciar y mejorar la coordinación intersectorial entre los distintos agentes, organismos o instituciones que intervienen en los programas de atención integral a personas con problemas severos:

Impulsar el desarrollo de planes individualizados de atención comunitaria para personas con trastornos mentales severos, acordes con las líneas que establezca el Proceso Asistencial que la Consejería de Salud está desarrollando para este tipo de trastornos.

Potenciar los espacios de encuentros entre los profesionales de las distintas instituciones, con actividades de intercambio de información, de formación y de discusión conjunta. A su vez, crear espacios más reducidos con representantes de todas las instituciones para elaborar propuestas de mejora de la coordinación entre ellas.

Establecer un mayor número de protocolos intersectoriales de actuación, pero evitando al mismo tiempo, un exceso de rigidez y burocratización de la asistencia.

Es sumamente importante que las distintas entidades se esfuercen por darse a conocer, no sólo ante los ciudadanos sino ante el resto de organizaciones con las que se relaciona o coopera. Pero previamente, cada organización debe definir su identidad, delimitar sus funciones y campo de actuación e identificar su necesidad de complementarse con programas y actividades de otras entidades.

Como estrategia de coordinación intersectorial, además del establecimiento de vías eficaces de comunicación interinstitucionales, se deben potenciar las relaciones personales de confianza y comprensión entre profesionales que ayuden a superar la inercia y rutina organizacional. Es más fácil construir coordinación sobre la base de una relación de “amistad profesional” que solamente sobre el interés organizacional (24).

Incentivar el trabajo interdisciplinar en los diferentes equipos profesionales, estableciendo espacios de formación y discusión de casos, con aportaciones no sólo de manera testimonial, de todas las disciplinas profesionales, y un reparto proporcional de funciones y responsabilidades, incluyendo labores de coordinación intersectorial, adaptadas a cada disciplina, evitando de esta manera que toda la responsabilidad y representatividad del equipo recaiga en los profesionales facultativos (70).

Las organizaciones deben agilizar sus procedimientos operativos, requisitos de acceso y sistemas de información, pues en algunos casos, estos elementos son motivos de desencuentros y confusiones entre las distintas instituciones y sus profesionales.

Impulsar actuaciones dirigidas a potenciar la motivación de los profesionales, tales como un sistema de incentivos, un reconocimiento explícito del trabajo realizado, la participación en la toma de decisiones, la formación continua y la investigación (22).

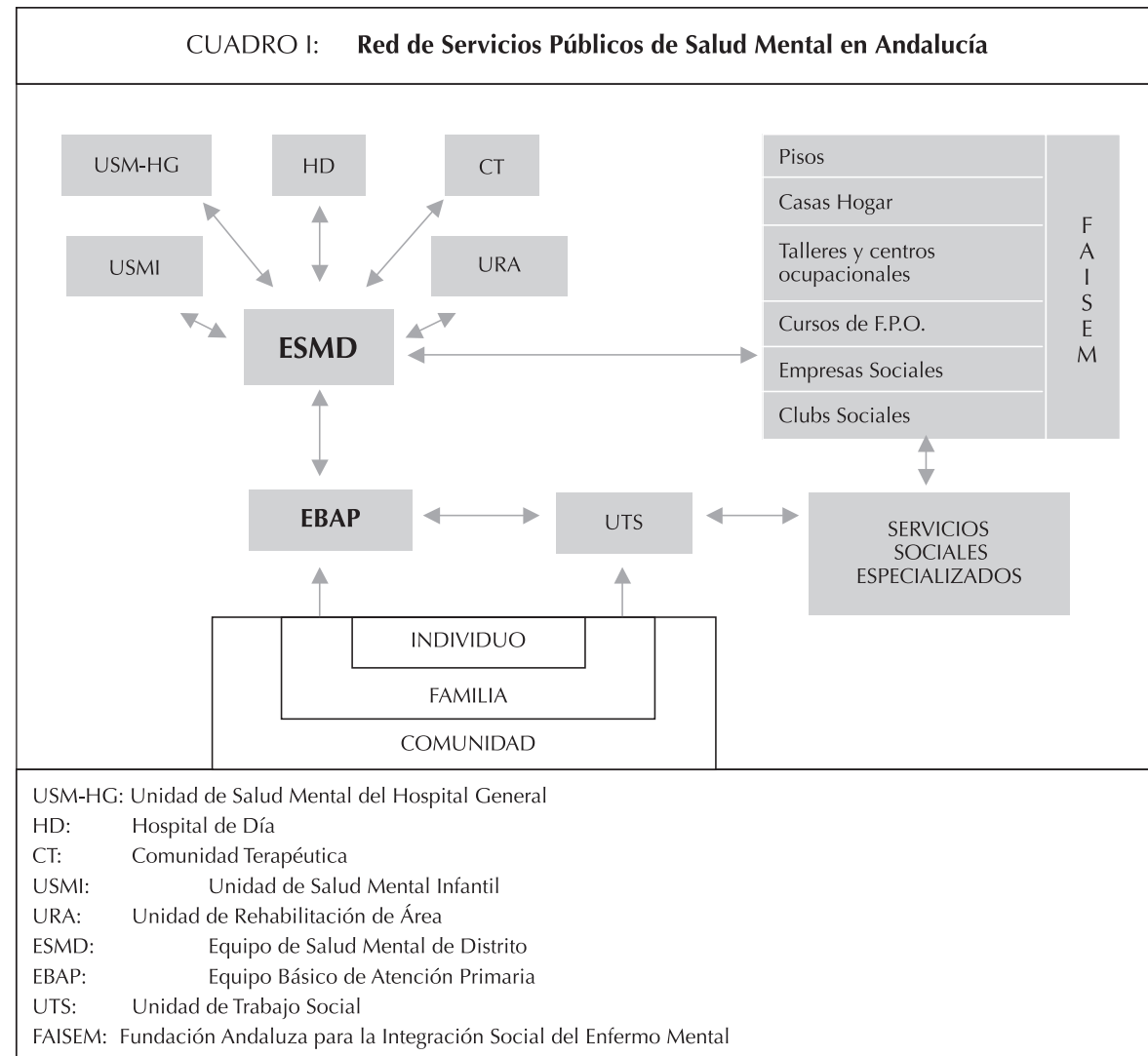
En definitiva, la coordinación intersectorial necesita tener un carácter permanente y continuo, y debe ser el resultado de todo un conjunto de actitudes, de comportamientos, de decisiones y de acciones, desarrolladas tanto por las distintas organizaciones como por los profesionales que la integran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS, 2001.
- Fakhoury, W. y Priebe, S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 2002, 15: 187-192.
- Leff, J. (Ed.). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons, 1997.
- Carmona, J. La continuidad de cuidados y el espacio sociosanitario. En Cangas, A., Gil, J. (Coord.) *Avances en la etiología y tratamiento de los trastornos del espectro esquizofrénico*. Granada: Asociación de Análisis del Comportamiento, 2003: 157-161.
- López, M., Lara, L. y Laviana, M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En: Espino, A. y Olabarría, B. *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Madrid: AEN, 2003 pp. 269-301.
- López, M., Lara, L., Laviana, M., Fernández, L., García-Cubillana, P. y López, A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión de la información disponible y propuesta sobre estructura y funcionamiento. Remitido para publicación, 2003.
- Bennet, D.H. y Freeman, H.L. *Community Psychiatry. The principles*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991.
- Breakey, W.R. (Ed.). *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Thornicroft, G. y Szmukler, G. (Ed.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001
- González de Chávez, M. *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría, 1983.
- Desviat, M. *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Dor, 1994.
- García J., Espino, A. y Lara L. (Ed.). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
- López, M. Bases de una nueva política en salud mental, en García, Espino y Lara (Ed.). 1998: 29-39.
- López, M. Rehabilitación y red asistencial: sistemas de atención a "la cronicidad" en salud mental. En: Verdugo, M.A., López, D., Gómez, A. y Rodríguez, M. *Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas*. Salamanca: Amaru, 2002, pp. 75-105.
- Sarraceno, B. *La fine dell'Intrattenimento*. Milano: Etas Libri, 1995.
- Corrigan, P. W. y Penn, D. Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness. *J. of Mental Health*, 1997, 6, 4:355- 366.
- Davidson, L., Stayner, D.A., Nickou, C., Styron, T.H., Rowe, M. y Chinman, M.L. 'Simply to be let in': inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24:375-388.
- Ogilvie, R.J. The state of supported housing for Mental Health consumers: a literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 21 (2): 1222-131.
- Goffman, E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- Barton, R. *La neurosis institucional*. Madrid: Paz Montalvo, 1974.
- López, M. y Lara, L. La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión. En Leal J. *Equipos e instituciones en salud (mental)*. Salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid: AEN, 1997: 149-168.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Madrid: AEN, 2000, Cuadernos Técnicos, nº 4.
- García, G. La relación entre los Servicios Sanitarios y Sociales. II Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid, 1987.
- Martínez, M.A., Mira-Perceval, M.T. y Redero H. Coordinación de los servicios sociales. En Alemán C y Garcés J. *Administración Social: Servicios de Bienestar Social*. Madrid, S. XXI de España Editores, 1996: 271-300.
- Aguirre, J.A. Conexiones de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico (I). *Zerbitzuan*, 1993, 23: 4-13.
- Cuesta, S. La reforma psiquiátrica en Andalucía: familia y movimiento asociativo. *Hipatia*, 2000, 7: 17-20.
- Ituarte, A. Coordinación entre Servicios Sanitarios y Sociales: ¿Porqué? ¿Para Qué? y ¿Cómo? *Revista de Trabajo Social y Salud*, 1993, 15: 11-29.
- Instituto Andaluz de Salud Mental. *La reforma Psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: IASAM, 1988.
- López, M., Benítez, F., Rodríguez, M.J., y Waisman, C. Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En García, Espino y Lara, (Ed.), 1998: 101-116.
- López, M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia*, 2000, 7: 4-8.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ley General de Sanidad -Artículo 20: De la salud mental-* (Ley 14/1986/ de 25 de Abril). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- Lara L. y López M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En García, Espino y Lara, (Ed.). 1998: 213-224.
- López M. Los programas de apoyo social en la atención comunitaria a personas con esquizofrenia en Andalucía. En Cangas, A., Gil, J. (Coord.), 2003: 173-181.
- Mueser, K., Drake, R., Miles, K. The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness. *NIDA Res Monogr*. 1997, 172: 86-109.
- Bartels, S., Drake, R., Wallach, M. Long-term course of substance disorders among persons with severe mental disorder. *Psychiatric Services*, 1995, 46: 248-251.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Criterios para el desarrollo del programa residencial*. Sevilla: FAISEM, Documentos de Trabajo nº 1, 2000.

- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. Sevilla: FAISEM, Documentos de Trabajo nº 2, 2000.
- López, M., Álvarez, F. y Laviana, M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, 68: 735-747.
- Dougoud, L. Asociaciones de familiares de enfermos mentales. En García, Espino y Lara (Ed.), 1998: 279-284.
- Netting, F., Williams, F., Jones-McClintic, S. y Warrick, L. Policies to Enhance Coordination in Hospital-based Case Management Programs. *Health and Social Work*, 1990, 15, 1: 15-21.
- Zerilli, A. Fundamentos de organización y Dirección General. Bilbao, Deusto, 1990.
- Wimpfheimer, R., Bloom, M. y Kramer, M. Inter-agency collaboration: Some working principles. *Administration in Social Work*, 1990, 14, 4: 89-102.
- March, J. y Simon, H. Teoría de la Organización. Barcelona: Ariel, 1980.
- Consejería de Asuntos Sociales y Consejería de Salud. Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, 2002.
- Consejería de Salud. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
- Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2001.
- Beatrice, D.F. Inter-Agency Coordination: A Practitioner's Guide to a Strategy for Effective Social Policy. *Administration in Social Work*, 1990, 14, 4: 45-59.
- Rosell, T. El equipo interdisciplinario. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1999, 46: 9-20.
- Ander-Egg, E. y Follari, R. Trabajo social e interdisciplinariedad. Buenos Aires: Humanitas, 1988.
- Rama, A.S. La interdisciplinariedad como necesidad. Actas del I Congreso Andaluz de Trabajo Social. El trabajo social en los Servicios Sociales y en Política Social: Reto para el 3º Milenio. Jaén: Centro de Estudios de Trabajo Social, 1999.
- Brill NI. Working with people: the helping process. New York: Longman, 1990.
- Llompert, C. Reflexiones sobre el trabajo de equipo. *Revista de Trabajo Social*, 1989, 114: 167-169.
- García, G. Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1999, 46: 21-41.
- García, G. y Ramírez, J.M. Diseño y evaluación de proyectos sociales. Zaragoza: Edit. Certeza, 1996.
- Sanz, F.J. y Cañivete, J. "Psicoeducación" de familiares de pacientes esquizofrénicos. En Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Ed.) Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI, 1996: 205-226
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- Sarraceno, B. y col. Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1992, 12, 40: 3-8.
- Dueñas, C. Algunas reflexiones sobre los avatares de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia*, 2000, 7: 11-14.
- Aranda, J.M. La Atención Primaria y la Salud Mental: balance de la reforma. *Hipatia*, 2000, 7: 15-16.
- Gallo, F. y Expósito, J. Servicios de Salud Mental en Andalucía. *Hipatia*, 2000, 7: 21-22.
- López, M. y Laviana, M. Rehabilitación y apoyo social en la atención comunitaria a personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas para el debate. Remitido para publicación, 2003.

- Guillemard, A.M. Las políticas de vejez en Europa. Jornadas Europeas sobre las Personas Mayores. Alicante, 1993.
- Leff, J., Trieman, N., Knapp, M. y Hallam, A. The TAPS project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 2000, 24: 165-168.
- Trieman, N. y Leff, J. The TAPS project, 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients outcome one year after relocation. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 289-292.
- Bachrach, L. What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*, 1992, 43, 5: 453-464.
- Fischer, P.J., Colson, P. y Susser, E. Homelessness and Mental Health Services. En Breakey, W.R. (Ed.), 1996: 384-403.
- Bassuk, E.L., Robin, L. y Lauriat, A. Is homelessness a mental health problem?. *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141: 1456-1550.
- Servicio Andaluz de Salud. Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos. Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía.
- Ibáñez, M.L., Alfaya, M., Escudero, C., Navarro, A., Otero, C., Pascual, P. y Suárez, V. El reto del trabajo interdisciplinar: ¿hasta dónde hemos llegado? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001, 21, 79: 91-99.



Mesas Redondas

Esquizofrenia y salud mental comunitaria

PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL SEVERO EN LA COMUNIDAD: DISPOSITIVOS, PROGRAMAS Y SERVICIOS

Lluís Lalucat*, Dolors Casalé***; Àngels Català*; Àngels Ciutat*;
Maite San Emeterio**; Mercè Teixidó****; Francisco Villegas*****.

** Centre d'Higiene Mental Les Corts*

****Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi*

***Centre de Salut Mental d'Adults de Les Corts*

*****Centre de Salut Mental d'Adults de Sarrià-Sant Gervasi*

******Servei de Rehabilitació-Centre de Dia de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi
Barcelona*

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales de mayor gravedad clínica han constituido siempre uno de los principales retos de la asistencia psiquiátrica pública y en particular de los modelos asistenciales basados en la comunidad.

El número de personas afectadas, la diversidad de sus necesidades, la complejidad de su asistencia y las consecuencias sociales vinculadas a su evolución ha planteado, con frecuencia, que la atención a estos trastornos constituya una piedra de toque para la evaluación del desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica así como del grado de evolución de los sistemas de atención sanitaria y social.

La población que padece este tipo de trastornos comparte algunas características en al menos tres planos distintos. En primer lugar, su gravedad clínica, que determina la complejidad terapéutica y por lo general, un alto consumo de recursos asistenciales. En segundo lugar, la tendencia de estos trastornos a la persistencia en el tiempo, lo que obliga una atención necesariamente prolongada. Y en tercer lugar, la tendencia a la disminución de las capacidades en el funcionamiento social, lo que genera una mayor dificultad asistencial.

En general, estas características repercuten en una disminución de la capacidad de autocuidado, funcionamiento, inserción, vinculación y participación social. El correlato a estas dificultades es la necesidad de cuidados por parte del entorno familiar y de recursos asistenciales y de apoyo.

Si adoptamos una visión del conjunto de necesidades que presentan estas poblaciones, nos veremos en la necesidad de intentar responder de modo que las intervenciones asistenciales tiendan a reconocer también dicha complejidad, y a contemplarlas desde una organización asistencial que integre diferentes planos y niveles de intervención.

La finalidad de esta presentación es exponer un modelo de organización asistencial para la atención al trastorno mental severo en la comunidad en torno a un plan que articule e integre los diferentes dispositivos, programas asistenciales y servicios que intervienen en torno a una misma población asistida en un sector/es sanitario/s específico/s.

2. CONCEPTO Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE TRASTORNO MENTAL GRAVE Y TRASTORNO MENTAL SEVERO

El concepto de Trastorno Mental Grave (TMG) incluye a un conjunto de trastornos mentales caracterizados todos ellos por su gravedad clínica. En nuestro caso hemos operado incluyendo una serie de diagnósticos previamente consensuados por un grupo de trabajo del Calsalut (Servei Català de la Salut), que incorpora los siguientes trastornos según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10 versión (CIE - 10).

CUADRO 1
DIAGNÓSTICOS CIE-10 DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

F20 – F20.9	Esquizofrenia
F21	T. esquizotípico
F22	T. de ideas delirantes persistentes
F24	T. de ideas delirantes inducidas
F25	T. esquizoafectivo
F31	T. bipolar
F33.2	T. depresivo recurrente grave sin síntomas psicóticos
F33.30	T. depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos congruentes
F33.31	T. depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos no congruentes
F40.01	Agorafobia con T. de pánico
F42	Trastorno obsesivo compulsivo
F60.31	T. inestabilidad emocional (TLP)

El concepto de Trastorno Mental Severo (TMS) incorpora a la gravedad clínica del diagnóstico, dos nuevos ejes. En primer lugar el de la persistencia, es decir, el hecho de que el trastorno no se presente de forma limitada en el tiempo, con la forma de un episodio con remisión, sino que se manifieste de forma continuada o bien de forma episódica recurrente. El tiempo transcurrido desde el inicio del primer episodio debe también establecerse por consenso, y en nuestro caso se acordó una duración igual o superior a dos años. En segundo lugar, la presencia de déficits en el funcionamiento social. En este caso se acordó establecer como criterio operativo una puntuación igual o superior a 50 de la escala de evaluación global de funcionamiento (GAF) correspondiente al DSMIII-R.

CUADRO 2
EJES DE DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS)

Eje 1	Diagnóstico de TMG	Cuadro 1
Eje 2	Persistencia	Igual o superior a dos años
Eje 3	Funcionamiento social	GAF igual o inferior a 50

3. MARCO SOCIODEMOGRÁFICO, DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL PLAN

El Plan de atención integral al TMS en la comunidad que vamos a exponer se realiza en el marco de la red de salud mental de utilización pública del Catsalut, en dos sectores sanitarios contiguos de Barcelona, que se corresponden con los distritos municipales de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi, ambos de nivel socioeconómico medio y medio-alto, y con unas poblaciones de 81.864 y 129.573 habitantes respectivamente, lo que totaliza 211.437 personas.

CUADRO 3
POBLACIÓN DE LOS SECTORES SANITARIOS POR BLOQUES DE EDAD

Sector Sanitario	0-17 Años	18 Años o más	Total
Les Corts	14.179	67.685	81.864
Sarrià-Sant Gervasi	20.647	108.926	129.573
Total	34.826	176.611	211.437

Los cinco dispositivos de salud mental que participan en el plan están integrados en el Centre d'Higiene Mental Les Corts: El Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi, el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Les Corts, el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Sarrià-Sant Gervasi, el Servei de Rehabilitació - Centre de Dia (SR-CD) de Les Corts y el Servei de Rehabilitació - Centre de Dia (SR-CD) de Sarrià-Sant Gervasi.

El número de pacientes adultos atendidos en 2002 con diagnóstico de TMG fue de 322 en Les Corts y de 390 en Sarrià-Sant Gervasi, lo que totaliza 712 personas.

La distribución diagnóstica y por sectores fue la siguiente:

CUADRO 4
DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICA DE TMG POR SECTORES SANITARIOS Y TOTALES ASISTIDOS POR LOS CSMA EN 2002

Diagnóstico	Les Corts	Sarrià-Sant Gervasi	Total
F20, F21, F22, F24, F25	171	239	410
F31, F33.2, F33.30, F33.31	90	76	166
F40.01, F42	34	49	83
F60.31	27	26	53
Total	322	390	712

La distribución por sectores de la frecuencia y prevalencia asistida en 2002 de TMG en la población adulta queda reflejada en los cuadros siguientes:

CUADRO 5
FRECUENCIA Y PREVALENCIA ASISTIDA TOTAL Y DE TMG EN EL SECTOR SANITARIO DE LES CORTS EN 2002

Población	Frecuencia	Prevalencia por 1.000 habitantes
Población Total Asistida	1.834 (100%)	27,09
Población TMG	322 (17,55%)	4,75

CUADRO 6
FRECUENCIA Y PREVALENCIA ASISTIDA TOTAL Y DE TMG EN EL SECTOR SANITARIO DE SARRIÀ-SANT GERVASI EN 2002

Población	Frecuencia	Prevalencia por 1.000 habitantes
Población Total Asistida	1.836 (100%)	16,85
Población TMG	390 (21,24%)	3,58

4. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL: DISPOSITIVOS, PROGRAMAS ASISTENCIALES Y SERVICIOS

El Plan de atención integral pretende responder globalmente a las necesidades detectadas en el conjunto de pacientes que presentan TMG/TMS desde los dispositivos señalados, articulando los diferentes servicios y prestaciones en torno a las necesidades individualizadas de cada sujeto. Para ello se han diseñado programas que responden a características y necesidades comunes a diferentes colectivos dentro de esta población, y establecido criterios de prioridad y oportunidad para la inclusión de cada sujeto en los mismos.

Los diferentes programas pretenden responder, por consiguiente, a las particularidades individuales pero compartidas por algunos colectivos, y también a los diferentes grados de dificultad asistencial que presentan.

El cuadro siguiente muestra los diferentes dispositivos y programas para la asistencia al TMG/TMS integrados en el plan.

CUADRO 7
DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS ASISTENCIALES TMG/TMS

Dispositivo	Programas
CSMA	Programa asistencia básica/estándar para el TMG Programa asistencia específica para el TMS Programa de servicios individualizados para el TMS
SR - CD	Programa de rehabilitación Programa de inserción social Programa de soporte familiar
Todos los dispositivos	Programa de formación para los profesionales de los dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios Programa de sensibilización y educación sanitaria para la comunidad Programa de colaboración con las instituciones locales y comunitarias

5. PROGRAMAS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

Si realizamos una revisión sistemática de la literatura existente sobre la atención a los pacientes con esquizofrenia y por extensión a los TMG/TMS en la comunidad, descubriremos diferentes modalidades de atención y seguimiento.

El modelo que podemos situar en el origen de otros desarrollos es el de los centros comunitarios de salud mental entendidos como equipos interdisciplinarios, sectorizados y encargados de la atención especializada de todo tipo de trastornos mentales. En este caso, su función asistencial con relación al TMG/TMS no posee un carácter diferenciado con respecto a otros trastornos si bien suele desarrollarse a lo largo de periodos temporales largos. La atención de estos trastornos en estas condiciones presenta ventajas con relación a otros modelos de atención ambulatoria y parece mejorar cualitativamente las prestaciones. Sin embargo, no parece garantizar la continuidad asistencial.

Por esta razón se han propuesto otros modelos que pueden resumirse en los programas de tratamiento comunitario asertivo, que reúnen intervenciones especializadas orientadas a las necesidades, ofrecidas por un equipo interdisciplinario específico y con un marcado carácter activo en el mantenimiento de la asistencia. Esta modalidad parece estar especialmente indicada en pacientes con una limitación moderada o severa en su funcionamiento y permiten una reducción de los tiempos de hospitalización y una mejora de las condiciones de vida.

Un tercer modelo de atención es la gestión de casos mediante la intervención de gestores encargados del contacto con el paciente, su seguimiento, la provisión de ayuda y la oferta directa de servicios en el medio comunitario y en áreas dirigidas tanto al paciente como a su entorno. Esta modalidad supone un número reducido de casos por profesional, una alta implicación del mismo en la atención y parece especialmente indicada para grandes frecuentadores, que presentan riesgo de interrupción del tratamiento y crisis repetidas.

A continuación pasaremos a exponer el modelo asistencial con el que pretendemos ofrecer respuesta a las necesidades terapéuticas de este colectivo desde los CSMA y con el que venimos trabajando en el seno de la red de salud mental de utilización pública del CATALUNYA.

Los CSMA realizan la tarea asistencial del tratamiento sanitario especializado de los TMG/TMS. Las prestaciones y servicios asistenciales son proporcionados por un equipo interdisciplinar constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo social, y administrativos y se organizan fundamentalmente en torno a los tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos individuales, familiares y grupales, actividades psicoeducativas, cuidados de enfermería, educación sanitaria e intervenciones psicosociales.

Para la organización del tratamiento de los trastornos esquizofrénicos se ha tomado como referencia las orientaciones contenidas en la "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la esquizofrenia. Evaluación del tratamiento de la esquizofrenia: revisión sistemática de la evidencia científica para la elaboración de una guía de práctica clínica" elaborada siguiendo criterios de revisión sistemática y de medicina basada en la evidencia y finalizada en 2003, por un grupo de trabajo de la Agencia de Evaluación de la Tecnología e Investigación Médica y de Forum Salut Mental.

Las actividades asistenciales se organizan en torno a tres programas: el Programa de asistencia básica o estándar al TMG/TMS, el Programa de asistencia específica al TMS y el Programa de servicios individualizados, como resumimos en el siguiente cuadro:

CUADRO 8
PROGRAMAS ASISTENCIALES AL TMG/TMS DESDE LOS CSMA

Programas	Equipo profesional	Servicios
<i>Programa de Asistencia Básica/Estándar</i>	<i>Equipo interdisciplinar</i>	<i>Tratamientos farmacológicos del CSMA Tratamientos psicoterapéuticos individuales, familiares y grupales Actividades psicoeducativas Cuidados de enfermería Educación sanitaria Intervenciones psicosociales</i>
<i>Programa de Asistencia Específica</i>	<i>Equipo de enfermería del PAE</i>	<i>Cuidados de enfermería Seguimiento activo en la comunidad</i>
<i>Programa de Servicios Individualizados</i>	<i>Equipo de coordinadores de proyectos individualizados</i>	<i>Intervenciones en el medio comunitario Actividades de vinculación Gestión de casos</i>

5.1. EL PROGRAMA DE ASISTENCIA BÁSICA/ESTANDARD AL TMG/TMS (PAB-TMG/TMS)

Este programa se dirige al conjunto de la población atendida con diagnóstico de TMG y a sus familias. Pretende, en primer lugar, la consecución de una alianza asistencial entre el equipo de salud mental y el paciente y su familia. Esta alianza deberá facilitar la instauración de un plan terapéutico individualizado que adecue las intervenciones a las necesidades terapéuticas de cada momento evolutivo, sostenga la continuidad asistencial, facilite la autonomía y favorezca la participación en la toma de decisiones.

Las modalidades de intervención se adaptan a los diferentes momentos evolutivos y situaciones clínicas según se trate de primeros episodios o fases tempranas, fases agudas, fases de estabilización, fases estables o de mantenimiento y situaciones clínicas especiales como la presencia de ideas o tentativas autolíticas, trastornos por consumos de sustancias o presencia de sintomatología depresiva.

Entre sus objetivos cabe señalar, la disminución de la sintomatología de mayor incidencia, el control de la misma y de sus efectos negativos, la detección de la reaparición de síntomas en fase prodrómica, el control de las crisis, la intervención precoz, la resolución o disminución de conflictos relacionales, el incremento de la estabilidad, de la autonomía, del autocuidado y de la capacidad de relación, y en definitiva, de la calidad de vida y la participación en la vida social.

Otras características del programa son también el establecimiento de criterios y métodos para la identificación de la población con TMS, la atención preferente a la derivación desde la atención primaria de salud y el alta hospitalaria, y la instauración de actividades para el incremento de la adherencia al tratamiento y de la coordinación con otros servicios.

5.2. PROGRAMA DE ASISTENCIA ESPECIFICA AL TMS (PAE-TMS)

La población a la que se dirige este programa es el conjunto de pacientes que cumplen los criterios de TMS. La finalidad del mismo es fundamentalmente el mantenimiento de la alianza y el vínculo asistencial, particularmente en aquellos pacientes con mayor tendencia a la desvinculación, incumplimiento terapéutico, aislamiento social y tendencia a la recaída o a una evolución episódica recurrente.

El programa se caracteriza por una disponibilidad para la atención ante situaciones de descompensación o manifestaciones prodrómicas, un seguimiento comunitario activo, estrategias de recuperación en caso de desvinculación, establecimiento de visitas periódicas, cuidados de enfermería, valoración y gestión de necesidades sociales y utilización de recursos de rehabilitación e inserción comunitaria. Este programa posee, en consecuencia, un corte activo aunque no se corresponda plenamente con los programas de tratamiento comunitario asertivo, si bien tiene también la ventaja de integrarse plenamente en las actividades de un equipo comunitario de salud mental.

Aunque la realización de este programa compete al conjunto del equipo interdisciplinar, una de sus características principales es la intervención sistemática de enfermería, en forma de intervenciones específicas y de visitas periódicas de valoración y seguimiento, así como de fomento de la adherencia al tratamiento y fortalecimiento del vínculo asistencial. Estas actividades incluyen estrategias activas de recuperación de pacientes desvinculados o con absentismo en las actividades programadas.

Con esta finalidad, y en función de los medios disponibles cada CSMA incluye 100 casos de pacientes TMS en este programa específico que son asignados y seguidos por dos enfermeros/as.

5.3. PROGRAMA DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS AL TMS (PSI-TMS)

Este Programa está dirigido a aquella población con TMS que presenta rasgos clínicos de gravedad, como distorsión de la realidad, desadaptación del comportamiento, falta de contención y conductas de riesgo. Estas manifestaciones se acompañan de limitaciones o perturbaciones funcionales, desadaptación o dependencia social, y ausencia o sobrecarga del entorno familiar y social. Se trata, por lo general, de pacientes que realizan una utilización prolongada, repetida y con frecuencia inadecuada de los dispositivos y servicios asistenciales, en particular, la hospitalización y los servicios de urgencias.

Esta población con TMS presenta, además, grandes dificultades de vinculación a los dispositivos ambulatorios, en particular los CSMA y los SR-CD.

Los objetivos del programa de servicios individualizados incluyen el establecimiento de una alianza asistencial con un profesional de salud mental, la vinculación a los dispositivos asistenciales, en particular al PAE-TMS, y la gestión del caso.

En definitiva, el programa se orienta a atender las necesidades individuales y concretas del paciente en su medio natural, adaptando los servicios sanitarios y sociales a sus peculiaridades y favorecer así la vinculación, velando por la continuidad asistencial y una utilización más adecuada de los servicios disponibles.

El programa se realiza a través de cuatro profesionales denominados coordinadores de proyectos individualizados (trabajadores sociales/ educadores sociales), dos por sector sanitario, que incluyen en el programa en torno a 50 pacientes. Aunque constituyen un equipo específico de intervención en la comunidad, están estrechamente vinculados a los CSMA, cuyo coordinador actúa en cada sector como supervisor de los servicios individualizados y vela por su articulación con los programas de atención específica al TMS y con las intervenciones desde otros dispositivos.

Otra peculiaridad del PSI es la posibilidad de incluir pacientes procedentes de dispositivos asistenciales hospitalarios en el momento del alta, o bien a partir de situaciones detectadas por servicios sociales comunitarios.

El medio habitual de intervención es el domicilio, los espacios comunitarios o a través del acompañamiento. Se realizan así acciones de información, apoyo, orientación y acompañamiento para la obtención de ayudas y servicios.

6. PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA - CENTROS DE DIA (SR-CD)

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria tiene como objetivo la modificación de aquella situación psicosocial disfuncional de un sujeto, que influye negativamente en su capacidad funcional, integración en la comunidad y calidad de vida.

El SR-CD se organiza como una unidad funcional, aunque estructuralmente esté formado por dos Centros de Día, uno en cada sector sanitario. Está constituido por un equipo interdisciplinar formado por un psicólogo, trabajadores sociales, educadores sociales e insertores comunitarios.

La población atendida por esta unidad funcional y estos dispositivos son TMS derivados, fundamentalmente desde los CSMA donde mantienen su vinculación asistencial. El número de pacientes atendidos es de 100, procedentes de ambos sectores sanitarios. Excepcionalmente la vía de acceso puede ser también una unidad de hospitalización, previo acuerdo con el CSMA.

El procedimiento de acceso es a través de la derivación desde el CSMA, previa valoración de la indicación de rehabilitación e inserción, y se sigue de un proceso de admisión, que incluye entrevistas de información y acogida, valoración y elaboración del proyecto individual de rehabilitación y reinserción (PIRR). Este proyecto constituye la columna vertebral de la intervención asistencial que recibe cada paciente en cada momento, permitiendo que la asistencia sea individualizada y flexible. Y ello, por que la rehabilitación es un proceso que debe partir de las capacidades y necesidades de cada paciente considerado con sus características psicosociales particulares y de entorno. Pero también, porque las intervenciones variarán cualitativa y cuantitativamente a lo largo del proceso en función de las necesidades y los cambios. Por todas estas razones, el PIRR debe ser revisado y reformulado periódicamente.

Las actividades del SR-CD se organizan en torno a tres grandes áreas de intervención: el Programa de Rehabilitación, el Programa de Inserción Social y el Programa de Atención Familiar como se muestra en el cuadro adjunto:

CUADRO 9
PROGRAMAS ASISTENCIALES AL TMS DESDE EL SR-CD.

Programa	Servicios
Programa de Rehabilitación	Área de rehabilitación cognitiva Área de actividades expresivas Áreas de habilidades sociales y recursos comunitarios Área de salud Área de actividades de la vida diaria
Programa de Inserción Comunitaria	Área de inserción comunitaria Área de apoyo al hogar Área de inserción laboral
Programa de Atención Familiar	Atención a la familia en la programación del PIRR Acompañamiento familiar a la vinculación Soporte a la familia Información a las familias Acompañamiento familiar en procesos de inserción

6.1. EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

El Programa de rehabilitación tiene por objetivo la recuperación funcional del paciente mediante actividades de carácter rehabilitador que se recogen en el Programa Funcional de Actividades (PFA).

La metodología de trabajo se basa en una concepción constructivista y experiencial del aprendizaje y utiliza como instrumento de trabajo el grupo, mediante el desarrollo de módulos y talleres.

Cada grupo está a cargo de un profesional responsable y otro en función auxiliar. El número de componentes de cada grupo es variable dependiendo de las necesidades asistenciales y de las características de la actividad. Según su frecuencia, las actividades pueden ser permanentes o alternas. La duración de cada módulo puede ser trimestral, semestral o anual.

El PFA se distribuye en cinco áreas: área de rehabilitación cognitiva, área de actividades expresivas, área de habilidades sociales y recursos comunitarios, área de salud y área de actividades de la vida diaria.

6.1.1. Área de rehabilitación cognitiva

Esta área se orienta a evitar o reducir el deterioro cognitivo que puede afectar al pensamiento, la memoria, la concentración, la percepción y la atención. Dado que los estudios sobre aplicación del entrenamiento neuropsicológico en personas con esquizofrenia ha puesto en evidencia las dificultades de generalización de las capacidades entrenadas a contextos distintos, las actividades incluidas combinan el entrenamiento básico con el aplicado.

Las actividades del área incluyen talleres de informática y nuevas tecnologías, taller de actividades cognitivas, taller de actividades manuales, taller de medio natural y taller de juegos.

6.1.2. Área de actividades expresivas

Las actividades de esta área tienen por objetivo específico contrarrestar los efectos inhibitorios y distorsionadores del trastorno sobre las capacidades de comprensión y expresión emocional. Se trata de ayudar al paciente a organizar y diferenciar sus propios pensamientos y emociones frente a la confusión entre realidad interna y externa.

Se desarrollan los canales verbales (expresión oral y escrita) y no verbales (expresión musical, plástica y corporal).

El área incluye grupos de expresión musical, psicomotriz, corporal, escritura creativa y plástica.

6.1.3. Área de habilidades sociales y recursos comunitarios

El retraimiento social y la inhibición combinada con los trastornos del pensamiento y del estado de ánimo hacen que la persona que padece un TMS este falta de oportunidades para desarrollar habilidades sociales y capacidades para la vida comunitaria. Con frecuencia, su red social se limita a los familiares más próximos y a personas conocidas en otros dispositivos de salud mental.

Esta área se orienta, en consecuencia, al entrenamiento de situaciones sociales propias de la vida diaria del paciente y a dotarlo de recursos para mejorar su capacidad de funcionamiento en la comunidad.

Las actividades del área se organizan en torno a talleres y módulos como los de habilidades sociales, transporte, utilización del euro y recursos comunitarios.

6.1.4. Área de Salud

El TMS tiene como consecuencia el deterioro del estado de salud general por diferentes causas, como pueden ser la falta de cuidados personales, el tabaquismo, los efectos secundarios de los psicofármacos, la inactividad y el sedentarismo, una alimentación poco equilibrada, conductas de riesgo y falta de educación sanitaria.

Esta área incluye actividades de educación para la salud, actividades deportivas y ejercicio físico.

6.1.5. Área de actividades de la vida diaria

El trastorno suele acompañarse de un déficit importante en la autonomía personal y generar una fuerte dependencia del entorno. La intervención aquí, tiene como objetivo capacitar en aquellas habilidades relacionadas con la vida cotidiana, el mantenimiento del hogar y la vida en la comunidad.

Se realizan talleres que combinan distintos espacios, como los locales del servicio de rehabilitación, espacios públicos (comercios, mercados) y el propio domicilio del paciente.

El área incluye talleres de cocina, alimentación, cuidado personal, limpieza y mantenimiento del hogar.

6.2. EL PROGRAMA DE INSERCIÓN SOCIAL

El programa de inserción social tiene como finalidad la integración y participación activa del paciente en su entorno social. Los objetivos específicos incluyen la mejora de sus capacidades de relación social y el grado de integración en la comunidad, el mantenimiento de un hogar con la mayor autonomía posible y la formación y apoyo para el desarrollo de actividades laborales.

Este programa incluye áreas de inserción comunitaria, apoyo al hogar e inserción laboral.

6.2.1. Área de inserción comunitaria

Esta área incorpora diferentes actividades y servicios como la elaboración de itinerarios individualizados de inserción comunitaria, orientación para la localización y utilización de recursos, la facilitación del acceso a recursos ajenos a la red de salud mental, así como la coordinación y el seguimiento de las acciones de inserción.

También se promueven las actividades grupales orientadas al ejercicio del voluntariado social en la comunidad.

El área de inserción ha desarrollado un proyecto específico de Club Social que está dotado de recursos propios y que funciona en horarios distintos de los del Centro de Día. Sus actividades parten de la iniciativa de sus propios miembros y tiene lugar por las tardes de los días laborables o en fines de semana y festivos.

6.2.2. Área de apoyo al hogar

El SR-CD realiza, como ya se ha expuesto, actividades orientadas al desarrollo de habilidades en el manejo de las situaciones de la vida cotidiana. Con frecuencia se produce un problema de transferencia de las habilidades adquiridas en contextos artificiales a las situaciones naturales o en contextos relacionales y sociales en que deben ser practicadas. Por ello, las intervenciones cobran una mayor eficacia cuando se realizan en escenarios naturales y en conexión con la resolución de necesidades de la vida diaria. Se trata, pues, de habilitar a la persona con TMS para la vida tal y como se le presenta.

El hogar es un punto de referencia central para el paciente por su directa relación con lo cotidiano, la satisfacción de sus necesidades y su calidad de vida, elementos fundamentales en el mantenimiento de la identidad, la autoestima y la autonomía.

La gran mayoría de TMS atendidos residen en el domicilio familiar o en su propio hogar. Con frecuencia se producen dificultades para una adecuada organización de la vida diaria y

la realización de las tareas domésticas. Frente a esta situación se han desarrollado al programa de ayuda domiciliaria y el programa de soporte a la autonomía en el propio hogar.

a. Programa de ayuda domiciliaria

El programa de ayuda domiciliaria se desarrolla en colaboración con los servicios sociales y en el marco general de los programas de atención domiciliaria de dichos servicios. Este tipo de intervenciones resulta adecuada y suficiente en muchos casos, pero presenta limitaciones en cuanto a continuidad, formación específica para el manejo de pacientes con TMS y actividades de soporte a los profesionales, particularmente cuando se trata de pacientes de mayor necesidad y dificultad y con los que debe intensificarse la intervención acompañada de tareas educativas a largo plazo.

b. Programa de soporte a la autonomía en el hogar

Para estas situaciones se ha diseñado un programa específico de soporte a la autonomía en el hogar y que se viene desarrollando para dar una mejor respuesta a aquellos pacientes que viven en su propio hogar, sin convivencia familiar. Los objetivos se centran en incrementar la autonomía dotando de habilidades para la atención a las necesidades diarias, evitar la marginación social, estimular la capacidad de relación, cubrir necesidades de ayuda doméstica, mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia y evitar o retrasar la necesidad de vivienda asistida o cuidados residenciales. Los profesionales de este programa son trabajadores familiares con formación específica integrados en el equipo interdisciplinar del SR-CD.

Por otra parte, en situaciones más límite se ha recurrido a recursos de pisos asistidos o de residencias psiquiátricas en la comunidad.

6.2.3. Área de inserción laboral

Sabemos que uno de los elementos que puede estimular más la rehabilitación y la inserción de los pacientes con TMS es su integración efectiva en el mundo laboral. El modelo de salud mental comunitaria posibilita esta opción, si bien aparecen diferentes tipos de dificultades para conseguirla. Entre ellas, las propias de un mercado laboral cambiante y competitivo, las derivadas de los prejuicios sociales sobre el trastorno mental y las propias del paciente y su afectación funcional que incluye falta de formación, limitación de experiencias y déficits cognitivos.

Sin embargo, una adecuada asistencia y medidas de soporte han mostrado la posibilidad de la inserción laboral y su mantenimiento a largo plazo.

El programa de apoyo a la inserción laboral se destina a personas en edad laboral que padecen un TMS con una estabilidad sostenida, un grado suficiente de autonomía y una motivación laboral.

Los objetivos del programa son desarrollar itinerarios individuales que conduzcan a una integración laboral, sea esta normalizada o protegida. Ajustar las expectativas del paciente a sus capacidades, formar y desarrollar sus habilidades para el trabajo, informar y conectar con recursos socio-laborales adecuados, motivar y acompañar el proceso de rehabilitación e inserción laboral. El programa abarca dos grandes áreas, la de rehabilitación prelaboral y la de soporte y mantenimiento a la integración laboral.

Este programa se orienta al aprovechamiento y optimización en el uso de los recursos existentes y a completar las deficiencias detectadas. Para ello se trabaja la coordinación con recursos de inserción laboral, la potenciación de los recursos laborales del sector, y el estímulo a la rehabilitación laboral.

6.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

La asistencia al TMS en la comunidad ha mostrado la importancia de la familia en la atención al paciente. Los sistemas formales de asistencia profesional cuentan con las familias como aliados en la prestación de cuidados, en la contención y en el fomento de las capacidades.

Sin embargo, diferentes estudios muestran que la red social de quienes padecen TMS es reducida y se limita en muchos casos a los miembros de su grupo familiar. Estos vínculos pueden ser utilizados en exceso comportando un riesgo de saturación y de sobrecarga para los cuidadores.

Este impacto puede manifestarse de distintos modos, como interrupción del ciclo vital de los cuidadores, disminución del rendimiento y de las posibilidades laborales, aislamiento del entorno, reducción de la atención a otros miembros de la familia, reducción o abandono de otras actividades, aparición de problemas psicológicos en los cuidadores y desatención de las propias necesidades incluidas la de salud.

La familia deviene así en cuidador que requiere ser cuidado.

La información asistencial de que disponemos indica que el 80% de las personas con TMS atendidas en nuestros sectores conviven con su familia, fundamentalmente con sus padres. Con frecuencia, uno solo de ellos, por viudedad o separación, pensionistas con limitados recursos económicos, sin actividad laboral, y reducida vida social. Por otra parte, muestran un bajo nivel de implicación asociativa en las asociaciones de familiares de enfermos mentales de Cataluña.

Por todas estas razones debemos considerar a las familias de los TMS como un agente de relieve en la rehabilitación e inserción social a la vez que como un colectivo de riesgo que justifica un programa de atención específico.

El programa de atención a las familias se dirige a los familiares de TMS atendidos en el SR-CD.

Los objetivos generales son el desarrollo de una vertiente preventiva y asistencial sobre la repercusión del trastorno en la salud de los restantes miembros de la familia, así como su conversión en agentes activos del proceso de rehabilitación e inserción.

Como objetivos específicos, podemos señalar la orientación, sensibilización e información a las familias sobre el sentido de la rehabilitación y el soporte social, la facilitación de la comunicación en el seno de la familia y su contención emocional, la promoción del soporte social, de la ayuda mutua y del asociacionismo, el fomento del conocimiento de los recursos y la participación comunitaria, tanto individual como colectivamente y la prevención de la aparición de trastornos estimulando la autonomía y disminuyendo la sobrecarga.

El Programa de atención a las familias incluye un área clínica y un área social, con diversos subprogramas: programa de atención a las familias dentro de las actuaciones del PIRR, programa de información a las familias, programa de soporte familiar, programa de acompañamiento familiar a la vinculación al SR. CD, programa de acompañamiento a los procesos de inserción comunitaria, formativa y laboral, y las acciones para favorecer la inserción social y potenciar la red de soporte de las familias.

6.3.1. Programa de atención a la familia dentro de la programación del PIRR

Este programa reúne todas aquellas acciones que se aplican de manera regular y sistemática a todas las familias de pacientes del SR-CD.

Incluye la evaluación inicial del estado psicosocial previa a la vinculación, y que incluye una valoración del entorno familiar mediante unas entrevistas de exploración y de compromiso de vinculación. En ellas se explora el entorno familiar, social y comunitario, así como las expectativas familiares, y se expone y se acuerda el PIRR.

El objetivo es, por consiguiente, obtener información del estado psicosocial, del entorno familiar y de implicación en el proceso de rehabilitación e inserción social.

Las entrevistas familiares se combinan con la participación en grupos multifamiliares y programas específicos.

El PIRR es sometido a revisiones periódicas en las que participa así mismo la familia, con quien se mantiene contacto periódico a lo largo del proceso.

6.3.2. Programa de acompañamiento familiar a la vinculación al SRC

Se destina a los familiares de pacientes que están iniciando su proceso de vinculación al SR-CD con el objetivo de que la familia disponga de la información necesaria, participe del proceso desde su inicio y de soporte activo a una adecuada integración.

Los ámbitos y contenidos del programa incluyen la consideración de las problemáticas de vinculación como pueden ser las resistencias del paciente a cambiar su ritmo de vida, los cambios relacionales, la aparición de tensiones propias del proceso, la reducción de una excesiva depositación en los servicios asistenciales, mantenimiento y reforzamiento, si cabe, de la vinculación asistencial al CSMA.

Las acciones del programa incluyen grupos multifamiliares de tres sesiones de duración para familiares de pacientes en proceso de vinculación, entrevistas familiares de frecuencia quincenal durante los primeros meses con posibilidad de visitas a demanda, y coordinación con el CSMA de referencia y, en su caso, con otros equipamientos de la red que estén participando en la asistencia.

6.3.3. Programa de soporte a la familia

Este programa se destina a aquellas familias que presentan un grado significativo de tensión, dificultad o conflictividad relacional. Se trata de aquellas situaciones en que aparecen componentes de irritabilidad, descualificación, agresividad, dependencia o precariedad y disfunción social.

Los objetivos se centran en mejorar la relación intrafamiliar para conseguir un mayor grado de integración y comunicación, favorecer el soporte familiar al proceso de rehabilitación y disminuir factores de riesgo tanto para el paciente como para otros miembros de la familia. Se trata, en definitiva, de abordar aquellas situaciones relacionales y funcionales de la familia que podrían dificultar el proceso de rehabilitación e inserción social, y de potenciar aquellas que pudieran facilitarlas.

Los contenidos del programa incluyen la detección, análisis y elaboración de estrategias de enfrentamiento de las relaciones, situaciones o problemas de mayor conflictividad, apoyo y orientación a los familiares respecto al trastorno y sus efectos, elaboración emocional de

las ambivalencias frente al paciente y potenciación de los recursos de salud y las capacidades familiares.

Las acciones se desarrollan en entrevistas familiares de frecuencia variable, grupo multifamiliar de frecuencia quincenal, coordinación con el CSMA de referencia, y contactos puntuales del educador de referencia en torno a las actividades cotidianas.

6.3.4. Programa de información a las familias

Este programa se orienta a todos los familiares de pacientes asistidos en el SR-CD.

Tiene como objetivos, facilitar la adherencia al proceso de rehabilitación e inserción social por parte de las familias, recoger sugerencias o quejas para mejorar la asistencia y fomentar la participación en actividades promovidas por el SR-CD o por otros dispositivos de la red comunitaria.

Posee contenidos de educación sanitaria sobre salud mental y rehabilitación, reuniones informativas y de evaluación de las actividades, información periódica sobre actos y recursos comunitarios.

Las acciones se realizan mediante entrevistas familiares durante la vinculación y de seguimiento, contactos telefónicos, envío de informaciones, encuestas de satisfacción y de sugerencias, tertulias sobre temas sociales y de salud, sesiones informativas, participación en el Día Mundial de la Salud Mental, e información y participación en las asociaciones de familiares.

6.3.5. Programa de acompañamiento a las familias en procesos de inserción comunitaria, formativa o laboral

Este programa se dirige a las familias de pacientes en procesos de inserción social o laboral.

El objetivo se centra en potenciar la colaboración familiar para favorecer la autonomía de los pacientes y para apoyar los procesos de inserción comunitaria, de vida autónoma en el propio hogar, las actividades formativas y los proyectos de rehabilitación e inserción laboral.

Los contenidos del programa reúnen actividades de orientación y soporte familiar ante situaciones de incremento de la autonomía personal del paciente y de los cambios relacionales que pueda suponer, de información sobre los recursos e itinerarios personales, y de comprensión de los procesos y ambivalencias a que está sometido el paciente.

Estas actividades se realizan mediante entrevistas familiares, grupos multifamiliares, y coordinaciones con los CSMA de referencia y otros dispositivos o programas participantes en el proceso.

7. PROGRAMAS COMUNES A TODOS LOS DISPOSITIVOS

Además de los programas propios de los diferentes dispositivos que ya han sido expuestos, existe un conjunto de intervenciones en que todos ellos participan bien sea de forma paralela o simultánea. Estas actividades tienen por objeto la sensibilización, la educación sanitaria, la formación en salud mental, la colaboración y la coordinación de actividades. Se dirigen a diferentes colectivos con objetivos específicos para cada uno de ellos. En el siguiente cuadro recogemos tres programas distintos: el Programa de formación para profesio-

sionales, el Programa de sensibilización y educación sanitaria para la comunidad y el Programa de colaboración con las instituciones locales y comunitarias.

CUADRO 10
PROGRAMAS COMUNES A TODOS LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y DE COLABORACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Programas	Servicios
Programa de formación para profesionales de los dispositivos sanitarios, sociales y comunitarios	Sensibilización Criterios de identificación y derivación Guías de intervención
Programa de sensibilización y educación sanitaria para la comunidad	Sensibilización Educación sanitaria
Programa de colaboración con las instituciones locales y comunitarias	Participación comunitaria Actividades compartidas

7.1. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS, SOCIALES Y COMUNITARIOS

Las actividades asistenciales de los dispositivos de salud mental generan un intercambio continuado con los profesionales de otros centros sanitarios, sociales y comunitarios. La tarea de derivación de pacientes y la coordinación asistencial son, por lo general, el punto de partida de las actividades de sensibilización en materia de salud mental. Sobre esta base, se desarrollan tareas orientadas al consenso sobre indicaciones de derivación y retorno de pacientes, establecimiento de criterios de prioridad para la atención, así como de metodología, procedimiento e información en intervenciones compartidas. Este ámbito de partida ha permitido avanzar en la elaboración de guías de identificación e intervención para aquellos trastornos de mayor prevalencia asistencial.

En este marco, se desarrollan actividades formativas sobre los TMG y TMS con la finalidad de facilitar el conjunto del proceso asistencial a los mismos.

7.2. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA COMUNIDAD

Cada uno de los dispositivos, y el conjunto de los mismos integrados en el CHM Les Corts realizan actividades dirigidas a la sensibilización y a la educación sanitaria de la comunidad. Estas actividades se desarrollan en el medio educativo, social y comunitario mediante actividades específicas, actos e intervenciones.

Algunas de estas actividades se han dirigido a poblaciones específicas como los actos en el medio escolar orientados a la población infantil y juvenil, mientras que otras se han dirigido a la población general como en la organización de tertulias en centros cívicos y la realización de exposiciones, tanto de materiales elaborados por los pacientes en actividades de rehabilitación, como producciones de algunos miembros del club social o en relación a temas de actualidad en colaboración con otras entidades.

7.3. PROGRAMA DE COLABORACIÓN CON LAS INSTITUCIONES LOCALES Y COMUNITARIAS

A lo largo de los 28 años de existencia del CHM Les Corts se han mantenido regularmente lazos de colaboración con las entidades locales y de participación en comisiones ciudadanas. Por otra parte también existen lazos de colaboración con diversas entidades comunitarias en

los ámbitos deportivo, ocupacional, artístico y educativo, y muy particularmente con aquellas de carácter público y ciudadano. Por esta vía se participa en las muestras de entidades que se realizan anualmente organizadas por la corporación municipal de los distritos, o se han organizado actos conjuntos con la asociación de familiares, que han sido presididos por los concejales del municipio y que han tenido lugar en la sala de actos del propio distrito municipal. Estos actos estaban dirigidos a familiares de pacientes, con una finalidad informativa, de debate y sensibilización, así como de fomento asociativo y de facilitación de la participación en la comunidad.

8. LOS PROGRAMAS TRANSVERSALES DE COORDINACIÓN

La realización del conjunto de programas descritos con implicación de diversos dispositivos, cinco en nuestro caso, compartiendo todos ellos una población asistencial definida y un territorio común presenta con frecuencia situaciones de solapamiento que requieren de un planificación conjunta y mecanismos de coordinación transversal.

De aquí que resulte necesario elaborar un marco general que defina y planifique las intervenciones e incluya los necesarios ámbitos de coordinación entre dispositivos y profesionales.

Por esta razón, se han diseñado diferentes programas de coordinación con la finalidad de colaborar en la realización de las tareas comunes y la definición e información de las específicas de cada dispositivo.

Los principales programas de coordinación se realizan entre el CSMIJ y los CSMA, para la atención compartida de pacientes con TMS y la atención y seguimiento de sus descendientes, y los CSMA con el SR – CD para toda la población que comparte cuidados asistenciales y de rehabilitación e inserción comunitaria y sus familiares.

Sin embargo, como ya hemos indicado anteriormente el marco general de planificación en el cual se insertan los programas transversales de coordinación debe responder a un proceso de elaboración y consenso de todos los dispositivos participantes.

9. CONCLUSIONES

Como hemos tratado de exponer en este trabajo, la atención al TMG/TMS en la comunidad afecta a un número relevante de pacientes, debe responder a necesidades diversas y exige la intervención de distintos dispositivos. De ahí que pueda surgir cierta tendencia a la fragmentación y solapamiento de las intervenciones que haga necesarias medidas correctoras desde una óptica global que facilite la coordinación de las respuestas.

Entendemos que la mejor forma de responder a este reto pasa por la planificación de la atención desde una óptica integradora de los cuidados necesarios y su articulación en programas propios de cada uno de los dispositivos. Un Plan de atención integral del TMS en la comunidad debe ser un instrumento operativo y de consenso por medio del cual avanzar en la coordinación de las intervenciones, el diseño de programas, el descubrimiento de nuevas necesidades y el planteamiento de nuevos retos para la salud mental comunitaria.

Por otra parte, consideramos que la elección de las diferentes modalidades terapéuticas y asistenciales debe sustentarse en criterios rigurosos y contrastados. Para ello puede ser útil asistir a revisiones sistemáticas y a guías de práctica clínica. Sin embargo un estudio detallado de las mismas en relación al trastorno mental severo muestra importantes lagunas en casi todos los ámbitos de actuación. Esto haría cuanto menos razonable pensar en términos

de evaluación y de consenso en aquellas intervenciones que no poseen una estricta validación experimental o para las cuales ésta resulta muy difícil.

Por último, la planificación y programación de carácter general no debe ni puede ignorar las especificidades individuales y la participación de los pacientes en la elección de las intervenciones. Esta perspectiva nos hace incluir no solo la identificación de las necesidades si no también el parámetro de los valores y en consecuencia el planteamiento de que las intervenciones individualizadas requieren necesariamente de su aceptación por parte de aquellos a quienes están dirigidas.

Dicho en otros términos, debe buscarse una intersección entre una medicina basada en la evidencia y otra basada en valores, y de una programación general con una intervención individualizada. Por último no debemos desatender que el objetivo final de las intervenciones está orientado a la consecución del mayor nivel posible de autonomía, inserción y participación del sujeto en su entorno comunitario propio, o lo que es lo mismo, el mayor grado posible de calidad de vida entendida ésta en un sentido activo y socialmente participativo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (Suppl): 1-63.
- Ascher-Svanum, H., Whitesel, J. A randomized controlled study of two styles of group patient education about schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(7): 926-30.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría: Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, Cuadernos Técnicos 6, 2002.
- Barbato, A., D'Avanzo, B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(2): 81-97.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Lewis, S., Sellwood, W., Mainwaring, J., Quinn, J. et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 505-11.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19(2):317-36.
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., Rapp, C.A., Meisler, N., Lehman, A.F. et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52(3): 313-22.
- Brown, G., Carstairs, J.M., Topping, G.G. The post-hospital adjustment of chronic mental patients. *The Lancet* 1958; II: 685-9.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P., Keith, S.J. Actualización del tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Am J Psychiatry* (Edic. España) 2001; 4(2): 104-16.
- Butzlaff, R.L., Hooley, J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(6): 547-52.
- Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. The Canadian Psychiatric Association. *Can J Psychiatry* 1998, 43 (Suppl 2): 255-405.
- Carpenter, W.T., Jr. Thoughts on the treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1986; 12(4): 527-39.
- Chilvers, R., Macdonald, G.M., Hayes, A.A. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD000453.

- Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS. 2002.[en línia]. URL disponible a: <http://www.psycoactiva.com/cie10/cie1.htm> [Consultat el: 18-12-02].
- Chinchilla Moreno, A. Guía terapéutica de las esquizofrenias. Barcelona: Masson; 2000.
- Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría. 1998.
- Cormac, I., Jones, C., Campbell, C., Silveira da Mota, J. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1).
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- Fenton, W.S. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26(1):47-72.
- Frank, A.F., Gunderson, J.G. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(3): 228-36.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V., Goff, D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001; 48(2-3): 335-42.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., Vannicelli, M.L., Frosch, J.P., Knapp, P.H. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984; 10(4): 564-98.
- Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental: Programa d'atenció específica als trastorns mentals severes. Barcelona, CatSalut, Quaderns de salut mental 1, 2003.
- Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental: Pla de serveis individualitzats (PSI), Barcelona, CatSalut, Quaderns de salut mental 2, 2003.
- Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental: Rehabilitació comunitària en salut mental. Barcelona, Catsalut, Quaderns de salut mental 3, 2003.
- Hayes, R.L., McGrath, J.J. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- Health Council of the Netherlands. Screening and treatment of adolescents with schizophrenia. The Hague, Netherlands: Health Council of the Netherlands. 1999. Informe Núm. 1999/08E.
- Hogarty, G.E., Goldberg, S.C., Schooler, N.R. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. III. Adjustment of nonrelapsed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31(5): 609-18.
- Hogarty, G.E., Goldberg, S.C., Schooler, N.R., Ulrich, R.F. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31(5):603-8.
- Hogarty, G.E., Greenwald, D., Ulrich, R.F., Kornblith, S.J., DiBarry, A.L., Cooley, S. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11): 1514-24.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley S., Ulrich, R.F. et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11): 1504-13.
- Hogarty, G.E., Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(3): 379-93.
- Hornung, W.P., Feldmann, R., Klingberg, S., Buchkremer, G., Reker, T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons: results of a five-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249(3): 162-7.

- Huxley, N.A., Rendall, M., Sederer, L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(4): 187-201.
- Kanas, N. Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int J Group Psychother* 1986; 36(3): 339-60.
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull* 1998; 24(1): 11-20.
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24(1): 1-10.
- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V., Mintz, J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155(8): 1087-91.
- Malmberg, L., Fenton, M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A. et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153(12): 1585-92.
- Marshall, M., Lockwood, A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- McEvoy, J.P., Scheifler, P.L., Frances, A. Treatment of schizophrenia 1999. The expert consensus guideline series. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 11): 3-80.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M. et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(8): 679-87.
- Mosher, L.R., Keith, S.J. Psychosocial treatment: individual, group, family, and community support approaches. *Schizophr Bull* 1980; 6(1): 10-41.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24(1): 37-74.
- Pharoah, F.M., Mari, J.J., Streiner, D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- Penn, D.L., Mueser, K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153(5):607-17. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., Engel, R.R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27(1): 73-92.
- Practice Enhancement Division. Treating schizophrenia. Montréal, Québec: Collège des Médecins du Québec.Public Affairs and Communications Department. 1999.
- Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 154(4 Suppl):1-63
- Psychosocial interventions in the management of schizophrenia. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 1998. Informe Núm.30 SIGN publication.

- Rector, N.A., Beck, A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(5): 278-87.
- Rivas, F. (Coordinador): *La psicosis en la comunidad*. Madrid, AEN, Estudios 24, 2000.
- Scott, J.E., Dixon, L.B. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(4): 621-30.
- Smith, T.E., Hull, J.W., Romanelli, S., Fertuck, E., Weiss, K.A. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1817-8.
- Soler, P.A., Gascon, J. RTM II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999.
- Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., Weiler, M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999; 25(4): 657-76.
- Strategies therapeutiques a long term dans les psychoses schizophréniques. Paris: Fédération Française de Psychiatrie et ANDEM, 1994.
- Tansella, M., Thornicroft, G. (Ed.): *Mental Health Outcome Measures*. London, The Royal College of Psychiatrist, 2a edición, 2001.
- Tyrer, P., Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P., Marriott, S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2).
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
- Vázquez-Barquero, J.L., Cuesta Núñez, M.J., de I., V., Herrera, C.S., Gaité, L., Arenal, A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91(3): 156-62.
- Velligan, D.I., Bow-Thomas, C.C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T.J. et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157(8): 1317-23.

PREVENÇÃO DAS RECAÍDAS EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

Joaquim Gago, Olívia Oliveira e Cristina Moreira
Unidade de Dia da Equipa de Saúde Mental de Oeiras
do Departamento de Psiquiatria do Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa

Em relação às recaídas nas pessoas com esquizofrenia sabe-se que 22% dos doentes com esquizofrenia tem apenas um episódio e os restantes (78%) irão ter recaídas (Shepherd *et al.* 1989). Cerca 70% dos doentes irão apresentar pelo menos uma recaída nos cinco anos seguintes (Wiersma *et al.* 1998) e alguns autores apresentam valores mais elevados (81.9% de recaídas a cinco anos referidas por Robinson *et al.* 1999).

Independentemente da variabilidade verificada na evolução da esquizofrenia vários estudos salientam que as recaídas aumentam o risco de evolução deficitária (Wiersma *et al.* 1998, Sheperd *et al.* 1998) e de incapacidade social (Hogarty *et al.* 1991).

O risco de recaída é cinco vezes superior para os doentes que suspendem a medicação antipsicótica (Robinson *et al.* 1999) e em relação aos doentes que efectuam antipsicóticos atípicos continuam a ocorrer em 14 a 19% dos casos recaídas, referentes a um período de um ano com terapêutica farmacológica continuada (S. Frangou & R. Murray, 2000).

Nesta comunicação serão referidas as vantagens da intervenção familiar, dos programas psicoeducativos, da abordagem das emoções expressas, do seguimento assertivo na comunidade e em geral do desenvolvimento de programas integrados com abordagem farmacológica, psicológica e psicossocial.

Neste contexto será também descrita um dos métodos de intervenção na prevenção de recaídas utilizados na Unidade de Dia da Equipa Comunitária de Saúde Mental de Oeiras: Identificação dos sintomas precoces de alerta - SPA (early warning signs approach) e intervenção precoce "pré-crise".

A metodologia foi aplicada através de intervenção em grupo, individual e familiar com posterior elaboração de uma "perfil" personalizado de SPA, monitorização dos mesmos, reavaliações e respectiva intervenção.

Vários estudos, incluindo quatro estudos controlados, evidenciaram que programas específicos de abordagem dos SPA em relação a doentes e famílias e respectiva intervenção precoce quando os sintomas ocorrem, podem ser úteis na redução das taxas de recaída (Herz *et al.* 1991; Herz *et al.* 1996; Marder *et al.* 1994; Pietzker *et al.* 1993). Os resultados obtidos com a intervenção nesta área realizada na Unidade de Dia da Equipa de Oeiras foram também favoráveis.

Mesas Redondas

Educación y salud mental

LA ESCUELA COMO COMUNIDAD DE APRENDIZAJE:
EL CAMINO HACIA UNA EDUCACIÓN INCLUSIVA

Gerardo Echeita Sarrionandia
Facultad de Formación de Profesorado y Educación. UAM

1. INTRODUCCIÓN

"No es suficiente con imaginar una realidad distinta para transformar la que tenemos", fue la explicación que leí, hace ya bastantes años, para dar cuenta de la desaparición del periódico *Liberación*, al poco de su puesta en circulación en los inicios de nuestra transición democrática. En aquella ocasión el comentario dejaba entrever que no había sido suficiente el amplio acuerdo y reconocimiento social de la necesidad de una mayor pluralidad informativa en aquel entonces, para llevar a buen puerto la empresa que suponía ese nuevo diario. Desde entonces esa "enseñanza" me ha acompañado como un aforismo vital que me aplico repetidamente para compensar mi natural tendencia al idealismo. En esta ocasión también me ha parecido oportuno traerla a colación para encuadrar las principales tesis que quisiera mantener en esta intervención.

Como seguramente bien sabemos los asistentes a este Congreso, en el último cuarto de siglo se ha producido una transformación muy profunda en nuestra forma de interpretar y comprender la realidad y las necesidades de las personas con discapacidad. No creo necesario hacer una revisión exhaustiva de lo que hoy pensamos a ese respecto, suficientemente bien documentada en trabajos de muy distinta índole (Barton, 1996; Schalock, 1999; Vega, 2000; OMS, 2001). De la visión que estamos empezando a dejar atrás sobre la discapacidad tal vez podrían destacarse algunos puntos centrales, todos ellos interrelacionados o tal vez, en el fondo, caras de un mismo prisma:

- La discapacidad vista como un asunto individual, una *"tragedia personal"*, que deja fuera de consideración la realidad social en la que ésta se inscribe y, sobre todo, las relaciones de poder/opresión y las actitudes que las personas no-discapacitadas ejercen sobre aquellos.
- Una *"tragedia personal"* entendida, casi siempre, como una "enfermedad" o un problema de salud, ante lo cual lo más importante vendría a ser el cuidado (y con frecuencia el alejamiento para evitar el "contagio" y la "vergüenza") o la mera rehabilitación, entendida muchas veces como intervención que trata de devolver a las personas con discapacidad a la "normalidad".
- La discapacidad inserta en un contexto donde la diversidad humana es vista, en general, como algo negativo o poco valorable, frente al patrón cultural de la *"normalidad"*, que se define por el hecho de ser varón, blanco, sano, católico, urbano, heterosexual...
- La sobrevaloración de la importancia de la intervención y el trabajo especializado en detrimento de la normalización de los servicios, la integración en la comunidad o la autodeterminación de las personas con discapacidad.

Repito que no estoy llamado en esta ponencia a revisar a fondo estas cuestiones. Lo que si quiero es hacer notar que esa visión y los corolarios prácticos que de ella se han derivado, ha ido cambiando paulatinamente por el efecto combinado de muchas presiones, entre las cuales no han sido las menores las vinculadas, entre otras, a la reflexión crítica que sobre esos presupuestos se ha realizado desde múltiples instancias y colectivos, empezando por las propias personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, como entre nosotros ha ocurrido con FEAPS, por citar sólo un ejemplo. La extensión y difusión de los resultados de una investigación rigurosa sobre las consecuencias de esos enfoques y sobre modelos o perspectivas alternativas (Verdugo y Urríes, 1999; 2001; 2003), ha sido, por su parte, otra de esas presiones sin cuyo concurso no estaríamos apreciando los cambios producidos.

En contraste con los presupuestos que he resumido anteriormente, podríamos decir que hoy nuestra comprensión de la realidad, de las necesidades y las aspiraciones de las personas con discapacidad pasa por:

- Un cambio “copernicano” respecto a lo que se ha venido en llamar la “cultura de la diversidad” (Melero, 2001) y frente a la existencia de un criterio de “normalidad excluyente” que hacía pensar que era bueno diferenciar (y separar) a los que eran distintos de la mayoría en aras de poder ofrecer a cada cual las ayudas que precisara. Cada vez más –aunque el camino por recorrer es todavía muy largo–, la diversidad se tiende a valorar como “riqueza” y no como limitación o deficiencia; como una “oportunidad” para aprender e innovar y no como un “problema” que haya que solventarse, en definitiva *como algo positivo y deseable* y no como algo negativo o vergonzante.
- Comprender la dependencia de las personas con discapacidad de los factores sociales en los que se desenvuelven y con los que interactúan desde sus condiciones personales. De suerte que, cuando el entorno social que rodea a las personas con discapacidad se hace accesible, se muestra respetuoso con su diferencia y se moviliza –a través de políticas precisas y coherentes– para prestar los apoyos que cada uno precisa, la discapacidad se diluye (como las aspirinas efervescentes) y tan solo nos encontramos con personas, sin más que pueden desempeñar una vida autodeterminada y con calidad. Por el contrario, cuando su entorno se encuentra plagado de “barreras” (sociales, culturales, materiales, económicas...), que dificultan el acceso, el aprendizaje o la participación, la discapacidad “reaparece” para mostrarnos el camino que nos queda por recorrer. Por lo tanto, hoy sabemos que lo que debemos eliminar, reducir o evitar son esas “barreras” que durante tanto tiempo hemos erigido en nuestras cabezas, en nuestras políticas y en nuestras prácticas cotidianas.
- Orientar y acomodar las políticas sociales dirigidas a las personas con discapacidad a la consecución de una mejor “calidad de vida” (Verdugo y Shalock, en prensa), cuyas dimensiones e indicadores básicos son idénticos a los que la población sin discapacidad reclaman para sí. Y sabemos que las personas aumentan su calidad de vida conforme aumentan sus oportunidades de participación social e inclusión en los contextos naturales donde el resto de la gente vive y se desarrolla.

Ahora bien, como decía al inicio, “no es suficiente con imaginar una realidad distinta para transformar la que tenemos”. No quiero con ello dar a entender que al día de hoy no se hayan producido cambios –y muy importantes–, en las políticas dirigidas a las personas con discapacidad, sea en el ámbito educativo, en el social o en el laboral. Pero a mi juicio el “desfase” entre lo que hoy imaginamos (y que es totalmente factible conseguir) y lo que tenemos, no sólo es todavía muy grande, sino que, a veces, se me antoja insufriblemente insalvable¹. Sin lugar a dudas una de las grandes tareas que tenemos al respecto es la de pelear, “con uñas y dientes si fuera menester”, para no dejarnos vencer ni por la envergadura de la tarea de transformación que tenemos por delante, ni por la complacencia por lo mucho que ya se ha conseguido. Ambas actitudes se conformarían, en el fondo, como nuevas barreras en el progreso hacia las metas que las personas con discapacidad vienen reclamando desde antiguo.

El sistema educativo no es ajeno, ni mucho menos, a los análisis anteriores y, más bien, es uno de esos ejemplos paradigmáticos en los que pueden distinguirse todas las notas que han

¹ Recientemente encontraba un análisis parecido en boca del cardiólogo Valentí Fuster, quien ponía de manifiesto la paradoja en la que se encuentra la medicina al respecto de los problemas cardíacos. Decía el doctor Fuster: “Una de las grandes frustraciones que tengo como científico es estar en medio de la revolución del genoma humano, mientras veo que no tratamos ni siquiera de la forma más primitiva a los enfermos con factores de riesgo cardiovascular”. Ver El País, martes 22 de julio de 2003, página 25.

configurado nuestras ideas y prácticas hacia la discapacidad en general, al tiempo que resulta un factor de primer orden en la consecución de las aspiraciones sociales de todas las personas. Por lo tanto, “repensar” lo que la educación escolar, ordinaria y especial, han hecho o dejado de hacer en pro, o en contra, de las personas con discapacidad, resulta imprescindible si queremos no solo “imaginar”, sino alcanzar una realidad distinta a la que tenemos.

2. CAMBIAR LA “GRAMÁTICA” ESCOLAR

En efecto, en la historia de la “educación escolar” pueden releerse, sin mucha dificultad, esas notas a las que anteriormente aludía, centradas en la visión individual de las dificultades escolares que acompañan a los alumnos con discapacidad, en la sobrevaloración de una atención especializada que ha conllevado la segregación escolar y que, como resultado de todo ello, lo que si ha conseguido es mantener bajas las expectativas sobre las posibilidades de progreso de los alumnos con necesidades especiales y, sobre todo, la no transformación de un sistema educativo por cuanto que gracias a ese esquema ha podido “desprenderse de los alumnos difíciles” y no ha tenido que cuestionarse ni sus principios ni sus prácticas (Echeita, 1994).

Visto desde otro punto de vista, podríamos decir que la estructura, la organización y la cultura escolar predominante en nuestros sistemas educativos – lo que conforma la “gramática escolar” del sistema, en palabras de Stoll (2003) –, para nada está pensada y preparada para una acción educativa que quisiera “atender a la diversidad de necesidades educativas” de una población escolar heterogénea, en un contexto comprensivo, no excluyente (Echeita y Sandoval, 2002). Más bien para lo que funciona y para lo que está bien organizado nuestro sistema educativo, es para lo contrario, para una acción educativa básicamente homogénea, dirigida a un alumnado “normal” y centrada, sobre todo, en el desarrollo de las capacidades de orden intelectual. De ahí que cambiar un “gramática” (como nos ocurre, por ejemplo, cuando tenemos que aprender un idioma extranjero), que aprendimos de joven y hemos practicado durante toda nuestra vida, resulte tan difícil, como difícil resulta cambiar un sistema creado en los albores de la revolución industrial y que, hasta la fecha, apenas se ha modificado. Como decían Pozo y Monereo (2001) “tenemos un sistema educativo del siglo XIX, con profesores del siglo XX para preparar alumnos que vivirán en el siglo XXI”.

Ahora bien, lo que debe quedarnos claro es que la dificultad no está en el hecho de tratar de organizar una enseñanza que tenga capacidad para ofrecer a cada alumno las ayudas que necesite para el desarrollo de sus “múltiples inteligencias” (Gadner, 1993), en un marco educativo común, “inclusivo” (Ainscow, 1999), para todos y con todos. La dificultad o más bien la imposibilidad de esa empresa está en intentar llevarla a cabo en el marco de la escuela actual, con la “gramática” que tan bien todos conocemos.

La tesis fundamental de mi ponencia, que no es sino el eco de las tesis defendidas con mayor rigor por otros (Darling-Hamond, 1997; Flecha y Tortajada, 1999; Imbermon et al, 1999; Gimeno, 2001), es que sin un cambio que se me antoja “radical” de nuestros centros escolares esa tarea de “atender a la diversidad” no pasará de ser sinónimo de algunos cambios menores, que afectan a algunos pocos alumnos con necesidades especiales a quienes, las más de las veces, se les ofrece una enseñanza de baja calidad. Lo que urge, entonces, es la necesidad de poner en marcha procesos de transformación de nuestros centros escolares que les capaciten y refuercen para hacer frente a la complejidad de la tarea de llevar a cabo lo que algunos han definido como una “educación inclusiva” (Booth y Ainscow, 2000; Parri-llas 2002, Arnaiz, 2003).

La segunda tesis de esta ponencia es que dicho fortalecimiento pasa necesariamente –aunque no sólo–, por el establecimiento de amplias y sólidas redes de colaboración, ayuda y apoyo

mutuo al interior de los centros y al exterior de los mismos, con sus respectivas comunidades y como sustento para hacer frente a esa tarea, *"fácil de imaginar, pero muy difícil de llevar a cabo"*, en el contexto de las exigencias de la sociedad del conocimiento en la que ya vivimos.

En efecto, a nadie se le escapa la complejidad y dificultad del objetivo que acabo de enunciar, de ahí que una cuestión estratégica a esos efectos sea precisamente la de cómo debemos enfrentarnos a dicha complejidad y a la incertidumbre que de ella se deriva. Hace ya tiempo, el profesor Skrtic (1991), defendía que la incertidumbre es una condición necesaria para la innovación y la calidad, de ahí que el veía en la tarea de una enseñanza atenta a la diversidad, la condición necesaria –aunque no suficiente–, para generar una incertidumbre sin cuyo concurso no sería posible unir calidad y equidad. Pero también es cierto que una y otra vez la experiencia acumulada desde múltiples ámbitos y no solo desde lo escolar, nos dice que si queremos que esa "complejidad" no nos atenace y nos haga ser "conservadores", es imprescindible establecer amplias y sólidas "redes de colaboración, ayuda y apoyo mutuo" (AA. VV., en prensa). Sin ese respaldo y sin la capacidad que genera la cooperación y la sinergia de muchos, es a todas luces inviable acometer "el aprendizaje de una nueva gramática escolar" relativa a una enseñanza atenta a la diversidad y sin exclusiones.

3. LOS CENTROS ESCOLARES COMO COMUNIDADES DE APRENDIZAJE

Esa "red" de soporte y ayuda mutua, se tiene que tejer a múltiples niveles y bien entrelazada. En primer lugar avanzando hacia configurar los centros escolares como auténticas *"Comunidades de Aprendizaje"* ²(AA. VV. 1998, 2002; Elboj *et al.*, 2002), abiertas a la participación de todos, profesores, alumnos, familiares voluntarios y comunidad, en pos de objetivos "soñados" y compartidos por todos. Esas "comunidades de aprendizaje", que se sustentan en el diálogo y la participación, se tornan sólidas y receptivas a la innovación y el cambio si el profesorado es el primero en hacer efectivas entre ellos las estrategias de colaboración y ayuda mutua, a través, por ejemplo, de iniciativas como *los "grupos de apoyo entre profesores"* (Parrilla y Daniels, 1999).

No menos importante a este respecto es cuando se rompe el esquema de "un profesor/un grupo" y se acepta que es posible y necesario que "dos tutores" trabajen juntos en un aula para atender, por ejemplo, a grupos de alumnos que requieren sistemas de comunicación diferentes en función de las necesidades de sus alumnos, algo que empieza a ocurrir en los centros considerados de "educación combinada bilingüe" para alumnado sordo (Alonso y Rodríguez, en prensa). Lo que en estos centros son dos tutores para dar acomodo a las necesidades comunicativo-lingüísticas de los alumnos sordos profundos, en otro pueden ser dos tutores para trabajar con grupos en los que puede haber alumnos con dificultades emocionales o de conducta o un tutor que cuenta con el apoyo de voluntarios para poder trabajar con "grupos interactivos" (AA.VV. 1998), lo que en último término permite aumentar el tiempo de instrucción con todos los alumnos, algo imposible de conseguir cuando hablamos de un tutor que tiene que "repartirse" para atender a las distintas necesidades de sus alumnos.

La red continúa fortaleciéndose si no despreciamos los innumerables efectos positivos que la *propia cooperación entre los estudiantes* tiene sobre su aprendizaje y desarrollo personal (Monereo y Durán, 2003; Barnet *et al.*, 2003). Si la cooperación es tanto un valor que debemos aprender, como un habilidad social imprescindible para el desempeño personal de todos los alumnos en un mundo cada más interdependientes y heterogéneo, no cabe seguir

² En esta ponencia, al referirme a los centros escolares como "comunidades de aprendizaje", no pretendo, ni quisiera que pareciese que me apropio de una expresión que entre nosotros tiene un referencia clara e inequívoca en el trabajo que dirige el profesor Ramón Flecha en la Universidad de Barcelona a través del CREA (Centre de Reserca Social i Educativa) y que tiene ya a un importante grupo de centros tras ella y un sólido proceso de investigación como respaldo a sus propuestas.

manteniendo por más tiempo estructuras de aprendizaje que lo único que refuerzan es el individualismo o la competitividad (Echeita, 1995).

Y esa red en la que se sustenta "la comunidad" termina por hacerse robusta si las familias participan plenamente en la vida del centro, de forma que las dificultades y vicisitudes por las que el centro haya que pasar en su camino hacia una escuela para todos, no les son ajenas sino todo lo contrario. A este respecto, sólo desde la plena participación y "corresponsabilidad" en las decisiones (y por lo tanto no sólo desde los esquemas habituales de representación de las familias en la vida de los centros escolares), se pueden vencer las suspicacias y recelos que tan a menudo encontramos en muchas familias respecto a la educación que reciben sus hijos o la tendencia a mirar solamente en su propio beneficio.

Por extensión, cuando los centros cooperan entre sí, se ayudan y se "abren" a compartir alumnos, recursos y conocimientos, se encuentran con un respaldo inigualable para adentrarse en la turbulencia de los cambios y las innovaciones. Ninguno de todos estos aspectos que hasta aquí he mencionado como componentes de una verdadera comunidad educativa, son meras hipótesis de trabajo o sueños de un idealista. Todos y cada uno de ellos tienen el refrendo de experiencias concretas y reales, dentro y fuera de nuestro país, que el lector puede conocer y revisar críticamente, aunque seguramente todavía sean pocos los que las aúnen en un mismo proyecto educativo.

Asegurar los nudos de esta "red-comunidad", así como mantenerla elástica y versátil para hacer frente a las turbulencias y dificultades de los cambios escolares, no se consigue con su mera evocación. Cada uno de los aspectos señalados nos remiten a *condiciones* particulares y generales que deben ser tenidas en cuenta, pero que pueden aprenderse y enseñarse (Ainscow, M.; Hopkins, D.; Soutworth, G. y West, M. (1994). Pero por debajo de todas ellas existe un elemento central sin cuyo concurso ciertamente seguiremos lejos de esa nueva realidad que tantas veces imaginamos para las personas con discapacidad; esa condición se llama *"determinación"* o voluntad.

En estos momentos, *transformar la realidad* que tenemos para avanzar hacia una verdadera educación de calidad para todos y con todos, no es un problema de falta de conocimientos o de medios, ni de que no seamos capaces de crear esquemas innovadores para las problemas que todo eso supone. Cuando somos capaces de resolver empresas tecnológicamente tan inverosímiles como llevar un nave a Marte, o de vencer a enfermedades como el cáncer o el SIDA, resulta cuando menos ridículo que sigamos haciendo un problema de la tarea de educar en un mismo contexto educativo a alumnos diversos, por muy complejas que sean las necesidades educativas y los apoyos que algunos alumnos precisan. Lo que tenemos que enfrentar sin dilación es un problema, individual y colectivo, de voluntad y determinación para llevar a cabo lo que imaginamos y podemos hacer. Como bien nos recordaba el profesor Mayor Zaragoza (1999), si no lo hacemos, no debería extrañarnos que la historia nos depare el juicio que Camus nos anticipó en su día: *"los despreciaba, porque pudiendo tanto se atrevieron a tan poco"*.

REFERENCIAS

- Ainscow, M.; Hopkins, D.; Soutworth, G., y West, M. (1994). *Hacia escuelas eficaces para todos. Manual para la formación de equipos docentes*. Madrid: Morata (2001).
- Ainscow, M. (1999). *Desarrollo de escuelas inclusivas* Madrid: Narcea (2001).
- Aranaiz, P. (2003). *Educación inclusiva. Una escuela para todos*. Málaga: Aljibe.
- AA.VV. (1998). *Dossier sobre "Comunidades de aprendizaje"*. *Aula de Innovación Educativa*, 72, 49-59.

- AA.VV. (2002). Experiencias de éxito. Comunidades de aprendizaje. Cuadernos de Pedagogía, 316, 39-67.
- AA.VV. (en prensa). "Educar sin excluir Modelos y apoyos para avanzar hacia una educación más inclusiva". Cuadernos de Pedagogía (aceptado para su publicación, enero 2004).
- Barnet, L., et al. (2003). El aprendizaje cooperativo en clase. Más allá del trabajo en grupo. Barcelona: Graó.
- Barton, L. (comp.) (1996). Discapacidad y sociedad. Madrid: Morata (1998).
- Booth, T. y Ainscow, M. (2000). Index for inclusión. Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Madrid: Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva.
- Darling-Hammond, L. (1997). El derecho de aprender. Crear buenas escuelas para todos. Barcelona: Ariel (2001 Inclusiva (2002).
- Echeita, G. (1994). A favor de una educación de calidad para todos, en Cuadernos de Pedagogía, 228, 66-67.
- Echeita, G. (1995). El aprendizaje cooperativo. Un análisis psicosocial de sus ventajas respecto a otras estructuras de aprendizaje. En P. Fernández Berrocal y A. Melero Zabala (Comps.) (1995). La interacción social en contextos educativos. Madrid: Siglo XXI.
- Echeita, G. y Sandoval, M. (2002). Educación inclusiva o educación sin exclusiones. Revista de Educación, 327, 31-48.
- Elboj, C.; Puigdemívol, I.; Soler, M., y Valls, R. (2002). Comunidades de Aprendizaje. Barcelona: Graó.
- Flecha, R. y Tortajada, I. (1999). Retos y salidas educativas en la entrada de siglo XXI. EN F. Imbernon (Coord.) Ob. cit.
- Gardner, H. (1993). Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica. Barcelona: Paidós (1995).
- Gimeno, J. (2001). Educar y convivir en la cultura global. Madrid: Morata.
- Imbermon, F. (Coord.) et al. (1999). La educación del siglo XXI. Los retos del futuro inmediato. Barcelona: Graó.
- Lopez Melero, M. (2001). La cultura de la diversidad o el elogio de la diferencia y la lucha por las desigualdades. En A. Sipán (Coord.). Educar para la diversidad en el siglo XXI. Zaragoza: Mira editores.
- Mayor Zaragoza, J. (1999). Los nudos gordianos. Barcelona: Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores.
- Monereo, C. y Durán, D. (2003). Entramados. Métodos de aprendizaje cooperativo y colaborativo. Barcelona: Edebe.
- Monereo, C. y Pozo, I. (2001). ¿En qué siglo vive la escuela? Cuadernos de Pedagogía, 298, 50-55.
- O.M.S. (2001) CIF. Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. Madrid: IMSERSO.
- Parrilla, A. y Daniels, H. (1998) Creación y desarrollo de grupos de apoyo entre profesores. Bilbao: Mensajero.
- Parrilla, A. (2002). Acerca del origen y sentido de la educación inclusiva. Revista de Educación, 327, 11-29.
- Schallock, R. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. En M. Verdugo y F.B. Jordan de Urries (1999). Ob. cit.
- Schallock, R., Verdugo, M.A. (en prensa) Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales. Madrid: Alianza
- Skrtic, T.M. (1991). Students with special educational needs: Artifacts of the traditional curriculum. En M. Ainscow (ed.) (1991). Effective Schools For All Londres: Fulton.
- Vega, A. (2000). La educación ante la discapacidad. Valencia: Nou Libres.

- Verdugo, M.A. y Jordán de Urries, F.B. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Salamanca: Amaru.
- Verdugo, M.A. y Jordán de Urries, F.B. (2001). Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Salamanca: Amaru.
- Verdugo, M.A y Jordán de Urries, F.B. (2003). Salamanca: Amaru.

PROBLEMAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES FAMILIARES COM DOENTES PSICÓTICOS

M. Gonçalves Pereira¹; M. Xavier^{1,2}

1 Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

2 Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa

A eficácia das intervenções familiares na doença mental grave (nomeadamente na esquizofrenia) tem sido documentada solidamente ao longo das últimas décadas. Do mesmo modo, a formação de técnicos de saúde mental nesta área tem sido desenvolvida, ainda que não de forma generalizada.

Não obstante, muitos doentes psicóticos e respectivas famílias carecem ainda de acesso a este tipo de terapêutica (mesmo nos países anglo-saxónicos, onde a maioria dos programas foram inicialmente desenvolvidos).

Uma das razões prende-se com a dificuldade que os técnicos recém-formados nesta área poderão encontrar, em muitos serviços de saúde mental, para integrar diversas formas de intervenção familiar na prática clínica quotidiana. Na realidade, trabalhar de forma consistente com famílias de doentes psicóticos implica, muitas vezes, modificar substancialmente a rotina dos serviços.

Esta questão tem sido levantada recentemente (v.g. Fadden, 1998), com identificação de alguns factores contributivos, entre os quais as dificuldades organizativas e a resistência à mudança. É de ponderar se os programas de treino que visem os técnicos individualmente são, na realidade, tão eficientes a longo prazo quanto as intervenções familiares estruturadas, a cargo de equipas motivadas e coesas (responsáveis pelos resultados referidos no início deste resumo).

Partindo desta revisão geral, os autores apresentam alguns dados preliminares do projecto UE "Psychoedutaining", referentes ao centro de investigação de Lisboa.

Questiona-se, para o futuro, o investimento prioritário na formação dos técnicos a título individual, quando se afigura essencial, em simultâneo, a mudança sistémica das organizações e serviços de saúde mental.

Mesas Redondas

Red asistencial de salud mental

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE: ¿UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA?

José Luis Fernández Sastre, Águeda Rojo Pantoja, Ana M.^a Fernández Castro**
*Jefe de Sección de la Unidad de Psiquiatría. *Hospital Nicolás Peña de Vigo.*
***Hospital Provincial de Pontevedra*

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos hospitalarios breves, hoy en día tan en boga, no son sin embargo novedosos. Ya en el siglo XVIII, en el hospital de San Lucas (Francia) se fijaba por estatutos que la duración del tratamiento sería de un año:

“Si al llegar a ese término no se ha obtenido ningún resultado satisfactorio, los sujetos son despedidos”.

Probablemente un año del S XVIII, vengan a ser nuestros 20 días del S. XXI, el mítico tope de las estancias medias de las unidades de hospitalización. Aunque las hay que presumen de estancias medias de ¡¡8 días!! (conocidas como Unidades Expulsivas Rápidas).

CÓMO LLEGAR A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: LA RUTA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

La ruta de Goldberg y Huxley de la asistencia psiquiátrica consta de cinco niveles y cuatro filtros.

Es el último filtro y nivel el que nos corresponde; dentro ya de los servicios psiquiátricos especializados.

Teóricamente el equipo de los CSM debería poseer la llave de la puerta de las unidades de hospitalización (U. de H.). Pero muchas veces queda relegado a vetar decisiones de no profesionales.

Los ingresos de los trastornos graves parten de la familia, servicios sociales o autoridad judicial-policial. El psiquiatra simplemente ratificará con su aporte técnico dicha iniciativa. Por otro lado, esta vía de acceso suele ser a través de las urgencias, que representan el porcentaje más alto de ingresos de pacientes psicóticos, en la mayoría de las USM.

Según Goldberg y Huxley parecen tener mayor probabilidad de pasar este cuarto filtro los hombres, ya que ingresan con más facilidad que las mujeres. También la clase social tiene su influencia, siendo los ingresados pertenecientes a clases sociales de asalariados y aquéllos que llevan fuera del mercado laboral más de cinco años.

El estado civil soltero (Cooper, 1996) parece estar sobre representado.

En resumen, el psiquiatra ambulatorio no introduce muchas modificaciones sobre el único filtro en el que tiene posibilidades de actuar. Los psicóticos gravemente afectados tienen mayor probabilidad de pasarlo y si son hombres sin red social que los soporte, más.

A medida que las cifras de los primeros ingresos se estabilizan, los reingresos tienden a incrementarse paulatinamente y la cifra de camas ocupadas va decreciendo con lo que las estancias medias se acortan.

Para nuestro país los criterios sobre la estructura de las U. de H. son según Víctor Aparicio:

Tasa de admisiones: 1'5-2 por 1.000 hab.

Estancia media: 15-20 días

Ocupación ideal: 85% de las camas

La hospitalización breve permite un tratamiento centrado en el paciente, y nos da tiempo para evaluarlo, determinar las fuentes y soportes de la familia y desarrollar planes de tratamiento a más largo plazo. Para ello cuenta:

- La terapia ambiental
- La terapia interrelacional (terapeuta intrahospitalario ↔ paciente ↔ personal de enfermería ↔ familia ↔ terapeutas extrahospitalarios)
- Terapia psicofarmacológica
- Terapia de contención física
- Terapia electroconvulsiva (TEC)
- Terapia ocupacional

LA DINÁMICA DE LA HOSPITALIZACIÓN BREVE

La hospitalización crea una atmósfera de aislamiento y exención completa de responsabilidades, la familia tiende a quedar sin autoridad ni responsabilidad, y el personal sanitario asume el rol parental frente al paciente (Bradshaw y Burton, 1976).

El modelo médico tiende a impedir la participación de la familia en el tratamiento, a veces desvalorizándola. Sin embargo, familias y hospitales son interdependientes, de ahí la necesidad de buscar un modelo de trabajo que parta de dicho principio. El llamado sistema terapéutico extenso (Sourander y Phio, 1996) es un buen campo de actuación para entender la hospitalización breve de otra forma, más allá de la exclusivamente médica y de control. Dicho sistema estaría constituido por:

- La familia
- El psicótico
- Los profesionales extrahospitalarios
- Los profesionales intrahospitalarios

Respecto a la hospitalización psiquiátrica como intervención en la familia, Combrinck-Graham (1985) consideran que puede ser de tres tipos:

1. Aquéllos que intentan identificar a toda la familia como un paciente
2. Aquéllos que intentamos usar los recursos familiares en el tratamiento de los miembros enfermos y preservar ciertos roles a la familia durante la fase de hospitalización.
3. Aquéllos que intentamos usar la hospitalización para modificar relaciones familiares.

De las interacciones entre ellos surgirán las alternativas terapéuticas de la hospitalización. Conviene conocer los intercambios que acontecen en la interacción familia-hospital y que básicamente son:

1. Transferencia de los derechos del paciente
2. Intercambio de los derechos de control y sociales.
3. Intercambio de legitimación.

En estos intercambios, solemos identificar una serie de patrones relacionales tales que:

a) *Interacción no vinculante*

La familia y el hospital interaccionan pero no se comunican. Los familiares no entienden por qué deben hablar de sí mismos ya que es el paciente el objeto de estudio. Otras veces es el psiquiatra quien no se presta a escucharles porque considera que no aportan una información útil.

b) *Queja recíproca*

El personal de la unidad piensa que es una familia con quien no se puede trabajar. Por otro lado, la familia acusa al hospital de incompetencia, de que no se les escucha, etc.

c) *Separación mutua*

Suele coexistir con la anterior. Aquí cada parte evita el contacto con la otra parte. Las familias visitan al paciente en horarios irregulares, cuando el personal no puede atenderles. Por otro lado, el hospital evita el contacto con los familiares fiándose de la información aportada por el propio paciente. En este patrón la familia tiene sentimientos pesimistas y de frustración.

d) *Manipulaciones mutuas*

Cuando esto ocurre en una parte es difícil que la otra no responda de igual modo. Por ejemplo, cuando la familia trae al paciente antes de que el permiso haya acabado, el hospital suele responder limitando las visitas o no permitiendo que el paciente esté a solas con sus parientes. De todas formas este patrón relacional preserva de alguna clase de relación.

Por lo tanto, vamos a intentar trabajar con el paciente psicótico hospitalizado desde una perspectiva relacional, para evitar que la hospitalización sea un tiempo de control psicofarmacológico, de contención sin más. No es que esto no sea parte del tratamiento hospitalario, pero debe encuadrarse en algún marco teórico más amplio: la terapia estructural intensiva de Fishman.

La terapia estructural intensiva de Fishman tiene cuatro objetivos básicos:

1. Trabajar en el contexto (sistema terapéutico extenso)
2. Detectar pautas isomorfas: pautas o patrones relacionales que acontecen en el sistema familiar y que se reproducen en espejo, a veces en la relación del paciente y su familia con otros elementos del sistema terapéutico extenso.
3. Detectar factores homeostáticos, es decir, favorecedores/mantenedores de la situación problemática.
4. Inducción de crisis, para provocar cambios, a través habitualmente de intervenciones estratégicas.

OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN BREVE

- I. Debe ser un lugar seguro y positivo para una terapia breve (Fishman). Es un recurso temporal, útil para reagrupar fuerzas terapéuticas.

- II. Desde un principio hay que contar con todos los componentes del sistema terapéutico extenso en los planes de tratamiento.
- III. Tratar de reorganizar el subsistema familiar a fin de reasegurar una adecuada reincorporación del paciente al mismo.
- IV. Revalorizar la familia impidiendo replicación de pautas isomorfas relacionales. La detección de dichas pautas y su modificación a través de intervenciones psicoterapéuticas debe ser una de las metas de la hospitalización breve y el garante de que ésta sea un motor para el cambio. Todo ello sin olvidar la necesidad de integrar sistemáticamente a los pacientes, las familias, y los profesionales intra y extrahospitalarios.

DISCUSIÓN

Si bien inicialmente el concepto temporal de brevedad, que cualifica a las actuales unidades de hospitalización, era un concepto comunitario: la brevedad aludía al interés porque el paciente retornará, lo antes posible, a su domicilio para continuar el tratamiento y así la exclusión de la comunidad fuera mínima y el compromiso de su medio mayor (todo ello inmejorablemente organizado y ejecutado en el modelo de psiquiatría de sector). Ahora creemos que ha habido un deslizamiento en el significado del concepto temporal de brevedad, perdiendo el originario comunitario y siendo en las unidades de hospitalización de la Reforma Psiquiátrica un concepto que obedece exclusivamente a una ideología neoliberal: lo económico prima sobre lo político; competencia y competitividad; privatización; indiferencia respecto al "lastre social"...

¿Quizás la modernidad de la hospitalización breve, no es la gestión neoliberal de la locura?

¿No se trata de transformar a los clínicos en gestores de camas?

¿Una clínica psiquiátrica basada en la restricción espacial y temporal no conlleva a una clínica de control conductual-social?

¿.....?

¿.....?

BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio Basauri, V. La Reforma Psiquiátrica de 1985. Evaluación de Servicios de Salud Mental. AEN, 1993.
2. Arteman, A., Roura, P. Evolución de la asistencia psiquiátrica en España en la última década, en *Psiquiatría*, 1997, Vallejo, J. 1997.
3. Estefanía, J. *Contra el pensamiento único*. Editorial Taurus, 1998.
4. Fernández Sastre, J.L. Tratamientos comunitarios de los pacientes psicóticos: la hospitalización breve, en *La Psicosis en la comunidad*, Fabio Rivas Guerrero, AEN ESTUDIOS/24, 2000.
5. Fernández Sastre, J.L., Rojo Pantoja, A., Fernández Castro, A. Hospitalización Psiquiátrica en pacientes graves socialmente desfavorecidos. Taller realizado en el XXI Congreso Nacional de Terapia Familiar. Salamanca, 2002.
6. Gómez Calle, A. Unidades de salud mental en el hospital general, SISO/SAUDE (monográfico de la Asociación Galega de Saúde Mental), 1991.

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. ALGUNOS PORQUÉS

Ander Retolaza
Centro de Salud Mental de Basauri. Vizcaya

En los últimos años la asistencia psiquiátrica no sólo abarca cada vez más problemas, sino que –por ello mismo– se hace también más inespecífica. Las demandas y expectativas parecen crecer sin freno y surgen desde muy diversos contextos. Pueden solicitar ayuda o consejo técnico cualquier ciudadano o ciudadana a título particular, los medios laborales (por desadaptación, estrés o bajas), los sindicales (por síndrome del quemado, o “mobbing”), los escolares (por fracaso académico o conductas desadaptadas), los de asistencia social o los sanitarios. Esta situación afecta a diversos ámbitos profesionales (y no sólo psiquiátricos), pero dentro del contexto sanitario –y particularmente en el de la asistencia pública–, desafía de una manera especial a los servicios comunitarios y su organización ambulatoria.

En la medida en que eso que llamábamos (o llamaban los anglosajones) *comunidad* desaparece a ojos vista, o toma unas formas muy diferentes a las tradicionales, las demandas y expectativas sobre una solución técnica o profesional de muy diversos problemas se han disparado y los contornos de lo que es trastorno o enfermedad mental se han difuminado. La explicación de este fenómeno reside en muchas causas. Algunas de ellas pueden estar entre las siguientes: la disponibilidad y desarrollo de nuevas y más eficaces tecnologías en el ámbito psicológico-psiquiátrico (fármacos, psicoterapias...); los avances y nuevos programas de tratamiento médico que suelen conllevar aspectos psicológicos (fecundación asistida, planificación familiar, trasplante de órganos, cirugía estética, oncoterapias, etc.); los intereses comerciales y publicitarios de la poderosa industria del medicamento; la difusión de los problemas psicológico-psiquiátricos y sus posibles soluciones en los medios de comunicación social; la mayor conciencia ciudadana sobre la importancia de los tratamientos tempranos de estos problemas; la responsabilidad ejercida por los poderes públicos sobre la prestación de servicios que, al menos de una forma general, asumen “lo psíquico” como un aspecto más de la salud, pero sin definir unas prestaciones muy concretas o excluir otras; la aparición de nuevas profesiones y profesionales en el ámbito de lo psicológico-psiquiátrico; los cambios sociales acelerados y la rápida desaparición de referentes culturales tradicionales para importantes sectores sociales; la longevidad y el envejecimiento de la población asociadas a la demanda de mayor calidad de vida; la emigración y el mayor contacto con culturas extranjeras, que nos obligan, a casi todos, a replantear hábitos y costumbres a veces muy arraigados y aceptados socialmente; la extensión a gran escala del consumo de sustancias psicótropas muy diversas; la menor tolerancia hacia la violencia social y familiar asociada a una mayor conciencia de igualdad y derechos de ciudadanía; la irrupción de nuevas enfermedades como el SIDA, etc.

En la situación actual parece claro que no podemos ni debemos acabar abordando con una simple asistencia médica (o médico-psiquiátrica) múltiples problemas que, por tener complejos orígenes, deben tener (al menos en parte) otras soluciones y otros tratamientos. No *podemos*, porque, primero, en el estado actual de desarrollo científico de nuestra especialidad, no existen medios tecnológicos suficientemente eficaces como para solucionar gran parte de los casos que se nos presentan. Segundo, porque el volumen cuantitativo de los problemas y su múltiple origen hace inviable (por lo costosa económica y socialmente, dada la hipertrofia de servicios que produciría) una solución pura o predominantemente asistencial. Pero tampoco *debemos* hacerlo, debido a los peligros derivados de un proceder generalizado de esta índole, dado el riesgo de iatrogenia que supone o el elemento de control social de las poblaciones que podría contener. En todo caso lo psicológico-psiquiátrico debe definir mejor sus contornos y no puede aparecer como el único elemento, sino como uno más, en muchas intervenciones (lo que puede mejorar la asistencia, pero complica su adecuada organización y coordinación).

Parece claro que, en un futuro inmediato, el reto para el conocimiento psicológico-psiquiátrico acumulado y las técnicas de intervención de él derivadas debe ser el de someterse a crecientes niveles de exigencia y de verificabilidad en sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y, en lo posible, el de lograr una mayor formalización científica. Se precisan

modelos teóricos de mayor precisión, coherencia y rigor, que posibiliten una mejora de la calidad técnica e instrumental de las intervenciones. Esto permitirá explorar y desarrollar su potencial y favorecer su enseñanza. También parece claro que la mejor solución ante el volumen del problema que tenemos que enfrentar reside en que los profesionales más preparados dediquen una buena parte de su tiempo a formar a otros profesionales y supervisar las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad mental (su prevención, tratamiento y rehabilitación). Estas se realizan, la mayoría de las veces, en contextos no especializados. Debe ser así porque muchas de estas tareas son inespecíficas, pero también porque la difusión de conocimientos técnicos entre no especialistas (actualmente poco desarrollada, pero posible) favorecerá el desarrollo de nuevas tecnologías y activará prácticas profesionales más aquilatadas en contextos asistenciales o de otro tipo. Por otra parte no existe otra posibilidad, salvo la de llenar el mundo de psiquiatras y psicólogos (lo que, además de ser bastante caro, no ha demostrado su eficacia y resulta un poco inquietante). En la actualidad, un contexto estratégico y privilegiado, dentro del ámbito asistencial sanitario (hay otros), es el de la Atención Primaria, donde nuevos enfoques y maneras de abordaje de los problemas psíquicos se están desarrollando en todo el mundo, desde Canadá, USA o la Unión Europea hasta la India, Sudamérica o el África Subsahariana.

Múltiples datos, procedentes de investigaciones realizadas en los últimos años, apoyan las afirmaciones arriba expuestas. Se considera que, aproximadamente, entre un cuarto y un tercio de la población adulta mundial padece algún tipo de problema psíquico a lo largo de un año. Afortunadamente la mayoría de estos problemas no son graves y muchos tienen un carácter transitorio. Pero, algunos son susceptibles de cronificarse debido a que no son detectados a tiempo o convenientemente tratados (muchas veces con técnicas muy sencillas). Esta situación aumenta la probabilidad de discapacidades y otras limitaciones importantes, incluidas bajas laborales, y un sufrimiento humano evitable. Si consideramos que, en los países más avanzados y con mayor desarrollo asistencial, los servicios psiquiátricos pueden proveer atención, como máximo, a un 6% del total de población adulta (sobre un 4% en algunas comunidades autónomas de España, en la actualidad), las cifras hablan por sí solas.

Según estimaciones de la OMS, en el año 2000, la depresión supuso la cuarta causa de carga social entre el conjunto de las enfermedades, respondiendo de un 4.4% del total de *causas de discapacidad ajustadas por años de vida*. Si se mantienen las actuales tendencias demográficas y epidemiológicas, las previsiones para el 2020 la habrán hecho ascender a la segunda plaza, con un 5.7% del total de causas de discapacidad. Otra medida similar es la de *años de vida vividos con discapacidad*. La depresión es aquí ya la primera causa para el conjunto de la población mundial. Considerando cualquier condición médica, ella sola explica un 12% del total de este fenómeno en cualquier edad. Entre los 15 y los 44 años, es decir para el sector de población más joven y productivo, la depresión sigue siendo la primera del "ranking", pero asciende a un 16.4% del total de las causas que provocan años vividos con discapacidad. Además, en este grupo de edad, los problemas relacionados con el abuso de alcohol y la esquizofrenia ocupan la segunda y tercera plazas, con un 5.5% y un 4.9% del total de causas. Esto significa que los trastornos mentales suponen, por sí solos, una enorme parte de las cargas de todo tipo debidas al conjunto de enfermedades crónicas. Este peso lo soportamos casi todos. Primero los pacientes y sus familias, en segundo lugar el sistema asistencial (sanitario y social), pero también el sistema productivo y el de seguridad social, allí donde éste existe.

Siguiendo con la depresión, datos aportados por la OMS en su último informe, procedentes de seis estudios epidemiológicos, avalan que su prevalencia es entre vez y media y dos veces superior entre la población con bajos ingresos cuando se la compara con la de altos ingresos. Los pobres, que o disponen de servicios públicos o no disponen de nada parecen sufrir más depresión que los ricos, tanto en el primer mundo (Finlandia, Alemania, Holanda, USA) como en el tercero (Etiopía, Zimbawe).

El hecho de padecer enfermedades médicas crónicas o serias (no necesariamente mortales) aumenta considerablemente la probabilidad de padecer problemas psiquiátricos diversos. Entre los pacientes de los servicios médicos generales la proporción de trastornos psiquiátricos está entre un 20% y un 30% (entre uno de cada tres y uno de cada cinco pacientes vistos por un médico general). La mayor frecuencia se da asociada a las enfermedades neurológicas y cardiovasculares seguidas del cáncer y las pulmonares. Por diversos motivos (casi ninguno atribuible a negligencia médica) sólo un 50% ó 60% de estos pacientes es detectado.

Aún así algo debe de estar cambiando porque la frecuentación de servicios psiquiátricos y el número total de consultas está en franco progreso en nuestro medio (387.460 consultas ambulatorias, sólo en los Servicios públicos de Osakidetza en Vizcaya, en el año 2000). No se puede decir lo mismo de los recursos que se han estancado en la última década. Pero, si nos falta bastante para llegar a los estándares de los países más ricos y con mejores servicios, la tasa de profesionales "psi" por habitante, en el País Vasco y Navarra, está entre las más altas del estado. Algunos consideran que un mayor número de personal especializado genera más demanda asistencial o, incluso, podría inducirla artificialmente. A la luz de los datos expuestos esto no parece ser así, aunque también es cierto que, una vez alcanzado un punto (al que aún nos falta bastante para llegar), tampoco es la solución mejor. Hay que prestar más y mejores servicios a la población, mejor definidos y más cercanos a su entorno (o sea más comunitarios y menos centrados en hospitales), pero ¿quién debe proveerlos?, ¿a qué precio? ¿quién debe sufragar los costes?, ¿aumentarán los servicios de pago?, ¿nos dejaremos subir los impuestos? Y es que tampoco podemos olvidar los imponderables económicos de una asistencia psiquiátrica de calidad.

Podemos clasificar los trastornos mentales en dos grandes grupos. Por un lado estarían los que denominaríamos como "comunes" y más frecuentes. Tal es el caso de los cuadros ansiosos, los depresivos, las fobias, los trastornos de pánico, los problemas por consumo de alcohol o de drogas y el estrés, que, sobre todo, se manifiesta mediante síntomas somáticos. En segundo lugar estarían los trastornos "graves" y menos frecuentes, como la esquizofrenia, los trastornos bipolares y algunos trastornos de personalidad. El primer grupo suele ser atendido, en su mayor parte, en la Atención Primaria, mientras que el segundo precisa siempre de la intervención de un servicio psiquiátrico especializado. Sin embargo, muchos de los trastornos, independientemente de su severidad, requieren que la atención sea compartida por los centros de Atención Primaria y los de Salud Mental.

En la actualidad en España se dedica sobre un 7% del PIB al gasto sanitario total. En el País Vasco, aunque existen significativas diferencias entre cada provincia, aproximadamente un 8% de ese gasto sanitario es destinado a la asistencia psiquiátrica especializada. Esto incluye la parte que corresponde a los Centros de Salud Mental, los Hospitales Psiquiátricos (que se llevan la mayor parte del gasto) y los Servicios de Psiquiatría en Hospital General. En nuestro país, como en la mayoría de los de Europa, los servicios especializados de Salud Mental desarrollan su actividad ambulatoria junto a los de Atención Primaria. Resulta, pues, imperativo identificar aquellos métodos que resulten más coste-efectivos para atender al conjunto de los enfermos mentales y para garantizar que no dupliquemos innecesariamente los recursos dedicados a la asistencia de estos pacientes.

A la vista de lo que conocemos por los datos epidemiológicos relativos a la distribución de los trastornos mentales, no parece viable que los psiquiatras y psicólogos puedan proporcionar atención directa a todos y cada uno de los pacientes con trastorno psíquico. Ni siquiera parece factible que, en la mejor de las situaciones, puedan dar un asesoramiento directo a cada uno de los médicos generales. Sin embargo, resulta esencial que en la Atención Primaria se instauren los mejores y más excelentes estilos de trabajo en este área y que los médicos de familia puedan consultar con profesionales de la Salud Mental y acceder a ellos cuando lo precisen.

BIBLIOGRAFÍA

- Goldberg, D. Prólogo. En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Vázquez-Barquero, J.L. (Ed.). Aula Médica. Madrid, XIX-XX. 1998.
- Retolaza, A. Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria. En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Vázquez-Barquero, J.L. (Ed.). Aula Médica. Madrid, 55-72. 1998.
- Thornicroft, G., Tansella, M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychol Med.*, 29: 761-767. 1999.
- World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. <http://www.who.int/whr/2001/main/>.

ANEXO:

Prevalencia de Trastornos en Atención Primaria I

- *Dos o más diagnósticos: 9,5%*
- *Al menos un diagnóstico: 24%*
- *Trastornos Subsindrómicos: 9%*
- *Dos o más síntomas psicológicos: 31%*

Criterios ICD-10 en 15 países (Üstün y cols. 1995)

Prevalencia de Trastornos en Atención Primaria II

- *Depresión: 10,4%*
- *Ansiedad Generalizada: 7,9%*
- *Dependencia Alcohólica: 2,7%* (Üstün y cols., 1995)
- *Depresión: 12%*
- *Ansiedad Gen. y Trastornos Fóbicos: 4%* (Retolaza y cols., 1995)

Prevalencia de Trastornos en Atención Primaria III

- *Ansiedad y Fobias 4%*
- *Neurosis Depresiva 9.6%*
- *PMD tipo maníaco 1.1%*
- *PMD tipo depresivo 2.4%*
- *Esquizofrenia y Psicosis 1.3%*
- *Trastornos subumbral 9.6%*
- *TOTAL 28.0%* (Centro de Salud de Basauri. 1995)

Prevalencia de Trastornos en Atención Primaria IV

- *Tr. Mentales Orgánicos 1.0%*
- *Consumo de sustancias 4.0%*
- *Tr. Afectivos 13.0%*
- *Tr. Neuróticos 10.0%*
- *Tr. del Sueño y Alimentación 7.0%*
- *Tr. de Personalidad 1.0%*
- *TOTAL 36.0%* (Bizkaia. 1994. 3 Centros de Salud)

Médicos de familia vs entrevista psiquiátrica

- *Sensibilidad: 50%*
- *VPP: 50%* (Basauri. 1990. 10 Médicos de Familia)
- *Sensibilidad: 62%*
- *VPP: 68%* (Bizkaia. 1994. 3 Centros de Salud)

El médico de familia como detector de trastornos

- *Trastornos afectivos:*
o *S: 92.5% Sesgo: 2.3*
- *Trastornos Neuróticos:*
o *S: 55.6% Sesgo: 2.4*
- *Hiperfrecuentadores: Sesgo alto*
- *Hipofrecuentadores: Sesgo bajo* (Bizkaia. 1994. 3 Centros de Salud)

Hallazgos básicos

- *Personas con Trastorno Psiquiátrico:*
o *Realizan entre un 83% y un 100% más de consultas en servicios médicos*
o *Mayor presencia de quejas somáticas y problemas crónicos de salud general*
o *Un gran porcentaje son vistos exclusivamente por un médico de primer nivel asistencial*

Detección precisa y temprana

- *Reduce la hiperfrecuentación de servicios*
- *Reduce pruebas diagnósticas inútiles*
- *Supone la capacidad de los médicos de familia para tratar los trastornos más prevalentes*
- *Supone la capacidad de los médicos de familia para derivar adecuadamente*
- *Reduce el riesgo de yatrogenia*
- *Aumenta la satisfacción de los usuarios*

Salud Mental en España. Algunas carencias. Informe OMS, 2001

- *No hay un programa de salud mental para el conjunto del país.*
- *No hay presupuesto diferenciado para la salud mental.*
- *No hay medios materiales para tratar los trastornos mentales graves en Atención Primaria.*
- *No hay programas de formación en salud mental para la Atención Primaria.*
- *No hay programas específicos destinados a la población anciana.*
- *Los recursos humanos están por debajo de la media europea.*

Mesas Redondas

Formación y empleo

PROGRAMAS DE FORMACIÓN

*Ignacio Calvo Calle
Técnico de inserción laboral.
Área de Salud Mental.
Servicio de Salud del Principado de Asturias*

INTRODUCCIÓN

Hablar de los Programas de Formación en una mesa sobre formación y empleo, exige no perder de vista esa perspectiva, la del empleo. Si además el contexto es un Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, la cuestión es todavía menos sencilla y simplista.

Por tanto, en este caso, bajo un título tan genérico como Programas de Formación deben esconderse ideas complejas que deben desgranarse en torno a diversos ejes referenciales:

- Las características que definen las dificultades y necesidades de las personas afectadas por un Trastorno Mental Severo.
- El proceso de Rehabilitación Psicosocial de las personas con un Trastorno Mental Severo.
- La promoción al empleo como objetivo de las personas con Trastorno Mental Severo, atendiendo a sus niveles de empleabilidad.
- El marco territorial, entendido desde el punto de vista socioeconómico, institucional y de disposición de recursos, en el que tiene lugar el proceso de formación.

A lo largo de esta comunicación intentaremos ir desgranando las diferentes ideas que pueden estar implícitas en los procesos de formación de personas afectadas por un trastorno mental severo.

En primer lugar intentaremos entender la formación de las personas afectadas por un TMS como un elemento de un proceso más amplio, que es el proceso de rehabilitación psicosocial, y que constituye el contexto de referencia en el que pienso que nos debemos mover.

En segundo lugar nos centraremos en el propio proceso de la formación de las personas con TMS, en su importancia, en las dificultades y problemas que se derivan del mismo, en las necesidades a las que es necesario dar respuesta, etc.

En tercer lugar se describe la experiencia del desarrollo de programas de formación para personas con TMS en la Red de Salud Mental del Principado de Asturias, intentando analizar lo que hacemos, como lo hacemos, cuales son nuestras dificultades y hacia donde deberemos establecer nuestro enfoque en el futuro o mejor en el "presente continuo".

Finalmente se mencionan aquellos aspectos a tener en cuenta en el diseño y gestión de programas formativos en los que participan personas con trastorno mental severo. ¿Qué es aquello que realmente funciona y debemos hacer?, y sobre todo ¿qué es aquello que hacemos y no deberíamos hacer nunca?

LA FORMACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS)

Las personas afectadas por un trastorno mental grave, de carácter crónico presentan una serie de dificultades y problemas que condicionan muchos aspectos que tienen que ver con su funcionamiento psicosocial y con su proceso de integración en la comunidad (Rodríguez, Bravo, 2003):

- Dificultades para afrontar las demandas del ambiente (Vulnerabilidad).

- Déficit en habilidades y en la capacidad para manejarse de manera autónoma.
- Dificultades en el manejo de habilidades y conductas sociales (Lo que les conduce a una pérdida de redes sociales y a situaciones de aislamiento social).
- Elevada dependencia de otras personas y servicios (sociales y sanitarios).
- Dificultades en el acceso al empleo y de permanencia en el mismo.

La rehabilitación psicosocial constituye un campo de intervención de gran importancia en la atención comunitaria de personas con trastornos mentales severos. Su finalidad es ayudar a las personas con una enfermedad mental a mejorar su funcionamiento psicosocial y a reintegrarse en la comunidad, manteniéndose en su entorno social y familiar en las mejores condiciones y lo más normalizadas posibles (Anthony, 1980; Anthony, Cohen y Cohen, 1984).

Esto implica, como señalan (Fernández, González, Fernández y Eizaguirre, 1997), la utilización de los propios recursos comunitarios para poder satisfacer las necesidades económicas, laborales, formativas, residenciales, sociales, etc., de estas personas.

En el proceso de rehabilitación psicosocial existen una serie de elementos que la fundamentan, y que es necesario tener en cuenta por las implicaciones que tienen en la práctica de cara al objetivo de integración comunitaria de la persona afectada:

- Proceso de intervención sostenido en el tiempo.
- Proceso individualizado que tiene por objetivo favorecer grados de autonomía en la persona afectada.
- Metodología orientada al cambio en la situación de la persona, lo que implica la definición y priorización de los objetivos a alcanzar, así como la evaluación continua de su evolución.
- El potencial de la persona constituye un referente básico.
- La intervención se centra en la persona y en su entorno de desarrollo próximo.
- Adquiere mucha importancia la implicación de la propia persona afectada, sus intereses, decisiones, etc., en el propio proceso.

La rehabilitación psicosocial es un proceso que se desarrolla en diferentes fases, que se solapan unas a otras dependiendo de las características de cada persona en dicho proceso. Estas fases son básicamente tres (Lieberman, 1993), Evaluación, Planificación e Intervención.

- La Evaluación permite la recogida y el análisis de la información relevante, a través de diferentes instrumentos y métodos, para la definición de un plan individualizado de rehabilitación. Se trata de una fase que en realidad se desarrolla a lo largo de todo el proceso rehabilitador, ya que permite ir valorando la evolución de la persona en el proceso rehabilitador y al mismo tiempo establecer los cambios y adaptaciones necesarios en el Plan Individualizado.

La Evaluación se centra tanto en la persona, su nivel de competencias, habilidades, relacionadas con distintos aspectos de su funcionamiento psicosocial, en sus dificultades pero sobre todo en aquellos aspectos en los que aun mantiene su capacidad funcional; como en los diferentes entornos con los que interactúa a lo largo del proceso.

- La Planificación es el resultado de una buena evaluación. Esta fase es la que permite definir a modo hipotético el que, para que, como, cuando y quien de todo el proceso. El resultado es el Plan Individualizado, que debe materializarse en un documento escrito consensuado y compartido por todas las personas implicadas en el, incluida la persona afectada.

- La intervención constituye la fase en el que el Plan Individualizado se lleva a cabo, incluyendo tanto las actuaciones directas sobre la persona como sobre los diferentes ámbitos con los que esta se va a relacionar, para favorecer su adaptación a los mismos o para gestionar adecuadamente aquellos recursos que sean necesarios en el proceso.

Las áreas de intervención en la rehabilitación de las personas afectadas por un TMS, son diversas y dependerán de cada caso, por eso es importante evaluar y definir un Plan Individualizado.

Podemos señalar a modo de ejemplo las siguientes áreas sobre las cuales habitualmente se interviene en un proceso de rehabilitación psicosocial:

- Actividades de la vida diaria (AVD) orientadas a un mejor funcionamiento autónomo.
- Actividades favorecedoras de un buen desarrollo de la psicomotricidad.
- Programas de intervención orientados a paliar los déficits y favorecer el desarrollo cognitivo.
- Aspectos psicoeducativos orientados a la toma de conciencia de la enfermedad, adhesión al tratamiento, prevención de recaídas, etc.
- Entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y manejo de situaciones de estrés.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Programas psicoeducativos de intervención con las familias.
- Programas de apoyo refuerzo de redes sociales.
- Orientación vocacional, apoyo a la formación profesional, entrenamiento en el proceso de búsqueda y promoción al empleo.

Vemos, por tanto que la formación de las personas afectadas por un TMS, es una de las áreas de intervención sobre la que es necesario actuar en un proceso de rehabilitación psicosocial.

Pero este área de intervención es necesario que lo entendamos dentro de ese contexto de la rehabilitación psicosocial, en el sentido que venimos manteniendo. Son la evaluación y el Plan Individualizado los elementos que nos marcan las necesidades y los objetivos que debemos lograr con una persona.

La perspectiva en la que nos estamos moviendo es la de la formación profesional, es decir aquella que tiene una orientación dirigida a la adquisición de competencias profesionales que definan un nivel de cualificación y que permita un mejor acceso y promoción al empleo, en definitiva que sea facilitadora de la integración laboral de la persona con un TMS.

La integración laboral constituye un elemento clave para todas las personas, y especialmente en el proceso rehabilitador de la persona afectada por un TMS. Los beneficios psicológicos y sociales del trabajo para las personas con trastornos mentales severos es un resultado consistente en todas las investigaciones (Rodríguez, y al., 2000). Además de mejorar en la manifestación de su sintomatología, en la evolución de la enfermedad, en aumentar las probabilidades de recuperación, en disminuir las crisis y las recaídas, y por tanto en una disminución de ingresos hospitalarios (Fairweather y al., 1969); constituye una fuente de ingresos económicos, facilita la propia identidad, mantiene la actividad física y mental, estructura el tiempo, genera y refuerza las relaciones y la comunicación interpersonal (Anthony y al., 1990).

La formación es un elemento imprescindible en el proceso de integración laboral y por tanto constituye un elemento necesario en la rehabilitación psicosocial de la persona afectada.

Lo mismo que ocurre con el proceso rehabilitador, que debe tener un sentido y una finalidad para la persona, ocurre también con el proceso de formación de la persona afectada por un TMS, que debe tener una coherencia y una estructura que permita el logro de objetivos. (Colis, 2001).

Pero para que podamos considerar la formación de las personas con un TMS, como un área de intervención en el contexto de el proceso de rehabilitación psicosocial, debe cumplir, en cuanto a su organización y estructura una serie de requisitos acordes con las fases y mencionadas del propio proceso rehabilitador.

1. Es necesario evaluar de forma adecuada la historia formativa de la persona, obtener información precisa acerca de diferentes elementos que son necesarios para establecer un buen pronóstico y para orientar adecuadamente el proceso de integración formativo laboral de la persona.

La evaluación debe centrarse también en el análisis del territorio en el que se produce el proceso de formación, así como en los recursos disponibles para desarrollarlo.

2. En el Plan Individualizado deberá aparecer con detalle las actuaciones a desarrollar en el área de la formación profesional, relacionadas con la integración laboral. Los objetivos a lograr desde el punto de vista formativo, la ocupación u ocupaciones más convenientes en las que se formara, las características de esa formación, en cuanto a diferentes aspectos relacionados con la organización (niveles, duración, horas al día, tipo de grupo, metodología, monitores, tutores, etc.).
3. La Fase de intervención se centrará básicamente en tres aspectos, la búsqueda y captación de recursos adecuados, la gestión de los mismos y el apoyo y seguimiento del proceso.

Estas tres fases constituyen el proceso de la formación en el contexto de la rehabilitación psicosocial y más concretamente en el contexto de la rehabilitación laboral como área de intervención con personas afectadas por un TMS.

EL PROCESO DE LA FORMACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA REHABILITACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN TMS

La rehabilitación laboral de las personas con un TMS puede definirse como la adquisición y/o recuperación de los conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración sociolaboral plena.

Es un proceso en el que la intervención principalmente se centra en el desarrollo de las competencias y habilidades que necesita cada persona para integrarse en su entorno de la manera más normalizada posible.

La manera más idónea para recorrer ese camino hacia la normalización, en cuanto a integración sociolaboral, es a través del proceso rehabilitador, que debe tener en cuenta una serie de aspectos importantes:

- La persona debe protagonizar su propio proceso de rehabilitación laboral. Esto significa que la persona es conocedora de los objetivos a lograr. La rehabilitación implica un aumento de las posibilidades de elección, individualidad en el diseño de las acciones, participación de la persona y flexibilidad en los apoyos (Farkas, 1996).
- El proceso de rehabilitación laboral debe plantearse favorecer y mejorar una adecuada auto imagen de la persona afectada. Para ello la integración debe producirse más en ámbitos generales, "normalizados" que específicos.

- La rehabilitación debe favorecer también el desarrollo de imagen laboral, que sea percibida de manera adecuada por los otros.
- La rehabilitación laboral debe perseguir el desarrollo de una forma de ser y estar de la persona, que no se caracterice por la condición patológica, sino por el autocontrol, el desarrollo de nuevos hábitos de conducta, el afrontamiento de situaciones, las relaciones sociales, etc. En este sentido es muy importante favorecer la distinción entre espacios terapéuticos y espacios de entrenamiento y rehabilitación laboral (Colis, 2001). Esto sin duda tiene importantes implicaciones en la planificación y diseño del propio proceso y de las acciones de formación.

La formación en el contexto de la rehabilitación laboral de personas con TMS, cobra una gran importancia, dado que es un elemento, junto con otros, que define enormemente su nivel de empleabilidad.

Las personas con TMS en su mayoría tienen un nivel de formación limitado. En cuanto a su formación general, en muchos casos la aparición temprana de la enfermedad provocó el abandono de los estudios y en otros que lograron concluirlos no han podido mantener una continuidad en los mismos. En general su formación profesional, y por tanto orientada hacia una ocupación determinada y vinculada al empleo, es escasa.

Por otra parte la formación es un elemento imprescindible para lograr el objetivo de integración laboral. Para que esta se produzca, como venimos manteniendo, desde una perspectiva normalizadora, es necesario que las personas implicadas desarrollen un nivel de competencias adecuado al trabajo que vayan a realizar. Estas competencias son diversas, por un lado conocimientos relativos a una ocupación determinada (SABER), por otro lado habilidades y destrezas para desarrollar la actividad profesional (SABER HACER), y también el fortalecimiento de hábitos y conductas relacionados con el entorno de trabajo y las relaciones en el mismo (SABER SER Y ESTAR). Todo ello va a permitir la adquisición del nivel de cualificación necesario para favorecer el proceso de inserción laboral.

Además la formación constituye también un elemento de valoración social de la persona con TMS, puesto que permite, siempre que se realice de manera adecuada, aumentar la relación entre la persona y su entorno social, mejorando su autoestima y su imagen.

Que las personas con TMS participen en procesos formativos, y estos estén diseñados de una manera lo más real posible, es decir, adaptados al contexto social, va a favorecer la obtención de diferentes logros (Galilea y Lavado, 2001):

- Aumentar y/o actualizar su nivel de cualificación profesional.
- Compartir tiempo y espacio con un grupo social.
- Aumentar y clarificar sus intereses vocacionales.
- Definir mejor su itinerario profesional y mejorar sus posibilidades de orientación.
- Generalizar a situaciones reales los diferentes aprendizajes adquiridos en ámbitos pedagógicos.
- Posibilidad de acceder a programas complementarios de orientación y empleo.
- Integrarse en bolsas de empleo y bases de datos de diferentes entidades mediadoras.
- Constituir una experiencia demostrativa que elimine prejuicios sociales existentes hacia la enfermedad mental.

El propio proceso de formación de personas con TMS presenta diversas dificultades y problemas, que es necesario minimizar para obtener un mejor aprovechamiento del mismo.

En primer lugar señalar aquellas dificultades que se derivan de la propia enfermedad y de su desarrollo. Las personas con un TMS pueden presentar dificultades tanto en el momento del acceso a un programa formativo como en el mantenimiento posterior en el mismo.

Algunas de estas dificultades son:

- Los propios déficits cognitivos y conductuales que presenta la persona debido a su enfermedad.
- Rechazo a cualquier oferta de formación debido a múltiples causas: experiencias vividas como frustrantes, escasa motivación para realizar cualquier actividad, falta de interés, no valoración de la formación como elemento imprescindible para acceder a un empleo, temor a integrarse en programas normalizados por sentirse en desventaja o rechazado, rechazo a programas formativos protegidos debido principalmente a la falta de conciencia de enfermedad, inseguridad en cuanto a su capacidad para aprender.
- Déficits importantes en hábitos básicos y habilidades, que es necesario entrenar previamente.
- Ausencia de hábitos de estudio y de trabajo.
- Aspectos como el desánimo, la falta de asistencia y puntualidad, inconstancia, falta de recursos económicos, etc., pueden constituirse en una dificultad para mantenerse en un programa.

En segundo lugar aquellas dificultades que se derivan de la propia organización de la formación, de la forma en que se gestiona, y de otros aspectos que tienen que ver más con el entorno que con la propia persona afectada.

Algunas de estas dificultades son:

- La diversidad de perfiles que presentan las personas afectadas en relación con la necesidad y muchas veces exigencia de homogenización de los grupos en formación.
- La diversidad de mensajes, muchas veces contradictorios entre las personas que participan en el proceso como mediadores (orientadores, formadores, educadores, etc.).
- Falta de coordinación en cuanto a información, seguimiento y apoyo entre los profesionales de la formación y los equipos profesionales de Salud Mental.
- La dispersión en la definición de objetivos con la persona, muchas veces se entrecruzan los objetivos formativos con los objetivos terapéuticos.
- Orientación inadecuada que conduce a tomar decisiones erróneas.
- Incoherencia de su itinerario formativo. Muchas veces la persona repite de manera interminable, temporada tras temporada, el mismo programa formativo, sin ningún planteamiento de mejora, simplemente estar ocupado.
- Se confunde muchas veces formarse con estar ocupado.
- Falta de apoyo familiar.
- Cobro de prestaciones económicas, en su mayoría no contributivas, que desmotivan el proceso de formación hacia la integración laboral.

Por otra parte en lo que se refiere a la optimización del proceso formativo es frecuente encontrarse con problemas que tienen que ver principalmente con la elección de los momentos de la formación y con la actividad y ocupación en la que formarse.

Es frecuente que los programas formativos constituyan una prescripción profesional ante la demanda de terceras personas o de la persona interesada, sin un mayor análisis de sus necesidades, respondiendo únicamente a necesidades de tipo emocional. Esto evidentemente tiene consecuencias negativas en el proceso y un mal pronóstico, dado que se produce descontextualizado del proceso rehabilitador de la persona, como si la formación fuera en sí misma la estrategia a seguir, el problema se ha terminado porque la persona ya está colocada en un recurso.

Otras veces respondemos con estrategias formativas en momentos inadecuados, es decir nos damos cuenta de las necesidades de la persona cuando atraviesa su peor momento y respondemos sin planificación, intentando solucionar un problema de manera urgente.

Veamos entonces en más detalle el propio proceso de formación en el contexto de la rehabilitación laboral:

1. La primera etapa que es necesario tener en cuenta, y de la que ya hemos hablado es la Evaluación. Es necesario obtener información acerca de diferentes aspectos de la persona, en relación con su historia formativa, necesarios para establecer un buen pronóstico y una buena orientación del proceso.

- Niveles de formación general alcanzados (resultados obtenidos, dificultades académicas, intereses por algún área concreta, relaciones con compañeros y educadores).
- Si hubo abandono de estudios, cuales fueron los motivos y a que lo atribuye la persona y otras personas de su entorno (dificultades de aprendizaje, falta de interés, desencadenamiento de la enfermedad, otros problemas asociados, relaciones interpersonales).
- Afectación de la enfermedad al propio proceso de formación (Desmotivación, dificultades cognitivas, dificultades sociales).
- Nivel actual de aprendizajes instrumentales (Lenguaje oral y escrito, cálculo, conocimientos generales).
- Posibilidades de retomar su formación previa (valoración de los deseos de la persona y de su familia, hábitos de estudio actuales).
- Experiencias formativas de carácter profesional (Identificación de actividades, identificación de posibles dificultades o problemas vividos anteriormente, duración, niveles de cualificación, entidades responsables del proceso, etc.).
- Intereses asociados a sus posibilidades de empleo.

Es necesario también tener en cuenta un análisis del territorio en el que se produce o se producirá el proceso formativo, al objeto de identificar claramente los recursos y las posibilidades de desarrollo de diferentes programas.

En este sentido es importante atender a aspectos tales como:

- Análisis del tejido empresarial del territorio (localidad, comarca, región, etc.). Es importante conocer el nivel de implantación empresarial, en diferentes sectores, al objeto de identificar aquellas empresas que pudieran ser de interés en el proceso de inserción laboral, para valorar los posibles huecos de mercado de cara a la posible creación de iniciativas empresariales, y por supuesto para definir acciones formativas.
- Detectar necesidades en las empresas (mano de obra, necesidades de formación, nuevas actividades, análisis de determinados puestos, etc.).

- Implantación de nuevas empresas (posibilidades de empleos, pistas para la formación, etc.).
 - Evolución de los diferentes sectores económicos y el análisis del empleo/desempleo en el nivel territorial que sea de interés.
 - Existencia de Planes y/o Programas de Desarrollo.
 - Inventario de recursos (Información, Formación, Orientación, Empleo, Sociales, Agencias de Desarrollo, etc.).
 - Existencia de Programas de Formación-Empleo que se estén desarrollando (Programas de Escuelas Taller, Talleres de Empleo, Programas Formativos del FSE, Plan FIP, etc.).
 - Planes Locales de Empleo.
 - Programas e Iniciativas Comunitarias (EQUAL)
 - Programas IMI.
 - Programas de Garantía Social.
 - Análisis de recursos ociosos de carácter patrimonial (inmobiliarios, naturales, etc), que pudieran ser objeto de nuevos proyectos de formación y empleo.
2. La segunda etapa es la elaboración del Plan Individualizado, y en el deben quedar reflejadas las diferentes acciones formativas relacionadas con la integración laboral.

Los aspectos a tener en cuenta son entre otros los siguientes:

- Definición operativa de los objetivos a lograr (¿para qué?)
 - Definición de otras necesidades previas (entrenamiento en hábitos, desarrollo de habilidades sociales, inclusión en talleres ocupacionales prelaborales, etc.)
 - Definición del campo profesional en el que se va a formar a la persona (¿qué?).
 - Niveles de cualificación a alcanzar en relación con los objetivos, así como la progresión en el tiempo.
 - Duración y tiempos de actividad (¿cuándo?).
 - Decisión acerca de las características de la situación (real, protegida) (¿cómo y dónde?).
 - Características del grupo en el que se integrará la persona (Perfil, normalizado, específico).
 - Metodología adecuada (Aprendizaje de conocimientos teórico-prácticos, desarrollo de destrezas instrumentales) (¿cómo?).
 - Previsión de la necesidad de transporte.
 - Características de los formadores y su coordinación con los equipos de S. Mental.
 - Previsión de apoyos y tutorías (¿con quién?).
3. La tercera etapa es la de intervención y se centra básicamente en:
- La búsqueda y captación de recursos adecuados, teniendo en cuenta el Plan Individualizado y el análisis del territorio descrito anteriormente.
 - Organización e implementación de los apoyos previstos, atendiendo a las diferentes necesidades de la persona. En este sentido son múltiples las referencias existen-

tes que evidencian la importancia de diferentes tipos de apoyo en los procesos de formación (Danley, Sciarappa y McDonald-Wilson, 1992) (Farkas, 1996).

Los apoyos pueden ser de distinto tipo, o responder a diferentes modelos, en función de las necesidades. Puede ser un apoyo de tipo tutorial, en el que una persona ajena al proceso de formación y ligada al proceso rehabilitador ejerce puntos de apoyo en diferentes áreas y en lugar de realización de la acción formativa, o bien pueden ser apoyos más específicos que requieran una mayor intensidad en cuanto a tiempos y se llevan a cabo en el espacio de rehabilitación de manera paralela al proceso formativo. Por último, mencionar aquellos apoyos que son dispensados por el propio formador en el lugar de la formación, como elementos compensatorios del propio programa de formación.

Existen otro tipo de apoyos, centrados más en las dificultades de interacción de la persona con el resto del grupo o bien con aspectos relacionados con su enfermedad (alteraciones, pequeñas crisis, etc.), que exigen el mantenimiento de un nivel de coordinación mayor entre los formadores y los equipos terapéuticos y de rehabilitación.

- Evaluación y seguimiento del proceso formativo. Es un aspecto muy necesario no sólo para establecer de forma sistemática las observaciones del comportamiento y evolución de la persona en el propio proceso, sino también para llevar a cabo la labor de tutoría y apoyo y por supuesto para establecer una evaluación adecuada de los logros de aprendizaje y adquisición de competencias para su integración laboral.

Los aspectos a tener en cuenta en el seguimiento son múltiples, entre los cuales se señalan a modo de ejemplo los siguientes:

- Aspectos de interés organizativo:
 - Nombre de la acción formativa.
 - Características del grupo en formación.
 - Empresa o entidad que lo imparte (Localización, características).
 - Persona de contacto.
 - Pautas de coordinación.
 - Uso de medios de transporte.
 - Calendario y horario de la acción formativa.
 - Duración.
- Aspectos relacionados con los contenidos de la acción formativa:
 - Programa de contenidos.
 - Actividades prácticas.
 - Existencia de prácticas reales.
 - Nivel de cualificación a obtener.
- Aspectos relacionados con el rendimiento:
 - Informe de rendimiento de la persona.
 - Relación con compañeros y formadores.
 - Dificultades de aprendizaje observadas.

- Materiales y herramientas empleadas.
- Nivel de asistencia. Justificación de faltas.
- Grado de satisfacción.
- Valoración de los Formadores y Tutores.
- Apoyo y valoración familiar.
- Orientación.
- Posible inclusión en bolsas de empleo y actuaciones de inserción laboral.

LA EXPERIENCIA DE ASTURIAS EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON TMS

Transcurridos los primeros años desde que se produjo la reforma psiquiátrica en Asturias, a lo largo de la década de los 90, y aprovechando los diferentes recursos, que se implementaban principalmente a través de las Iniciativas Comunitarias de Empleo y Recursos Humanos (HORIZON, INTEGRA, etc.), se llevaron a cabo diferentes acciones orientadas a la formación e inserción laboral de las personas con enfermedad mental.

Estas acciones, llevadas a cabo por diferentes personas integradas en los equipos de salud mental, se han caracterizado principalmente por una alta dosis de voluntarismo de las personas implicadas, una falta de sistematización y continuidad, y sobre todo por una escasez de recursos materiales, económicos, y humanos.

En el año 2000, la Dirección de Salud Mental, dentro del Plan de Actuación de los Servicios, se plantea desarrollar un Programa específico destinado a favorecer el proceso de Formación-Inserción Laboral de las personas con enfermedad mental. Se pretende establecer una línea de trabajo más sistematizada, que constituya una estrategia de actuación en la que se impliquen las personas que integran los equipos de la Red de Salud Mental, contando con el apoyo necesario; que tenga una mayor estabilidad en el tiempo, y que permita dar continuidad a las acciones de formación, orientación e inserción de los enfermos mentales.

Para ello se crea un Área de Trabajo de Inserción Laboral, dotándolo de un técnico en orientación laboral y promoción de empleo.

Este proceso, finalmente encuentra su referencia, como no podía ser de otro modo, en el Marco del Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental, en el que se destaca la importancia de favorecer la accesibilidad a los recursos asistenciales a aquellas personas con especial vulnerabilidad y mayores dificultades; y más en concreto en el Programa de Atención y Rehabilitación de Trastornos Mentales Severos orientado a la mejora de la atención y rehabilitación psicosocial de estas personas.

Este Programa, que se fundamenta en la gravedad clínica, y en las repercusiones funcionales en distintos ámbitos de la vida de las personas afectadas, contempla:

- El desarrollo de estrategias integrales que promuevan y potencien las capacidades de cada persona, en relación con diferentes necesidades básicas, entre las que se encuentran las relativas a procesos de formación y cualificación, así como de integración sociolaboral.
- La coordinación y utilización de los diferentes recursos comunitarios, así como la promoción de los cambios necesarios en el entorno que favorezcan la inclusión social y disminuya la estigmatización y las repercusiones de la discapacidad.

Finalmente en el propio Decreto 13/2002, de 8 de febrero, por el que se regula la estructura orgánica de los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias se señala, que al Área de Salud Mental le corresponde, entre otras, la función de desarrollar todas aquellas acciones de coordinación intersectorial encaminadas a la rehabilitación y reinserción social y laboral.

¿Cuál es la situación en la que se encuentran las personas afectadas por TMS, desde el punto de vista psicosocial y en relación con su integración sociolaboral en Asturias?

Diferentes estudios han tratado de hacer una estimación de prevalencia de los TMS. En Asturias la prevalencia registrada de TMS es de 7.95 por mil habitantes > 14 años, en un intervalo de atención de dos años (1999-2000), con una distribución por grupos de edad:

GRUPOS DE EDAD	USUARIOS
0-19	102
20-29	930
30-64	5.261
65 +	1.343
TOTAL	7.636

En Asturias, las personas con TMS presentan una tasa de desempleo superior al 95%. Además, el 64% de los desempleados nunca ha trabajado.

Sin embargo, no debemos olvidar que las dificultades y los problemas se concretan en cada persona de manera individualizada, en función de la interacción de múltiples factores (biológicos, psicológicos, sociales, educativos, nivel de atención y asistencia, etc.), y por lo tanto la variabilidad, en cuanto al grado de discapacidad en el colectivo de personas con TMS, es al menos importante, como para tenerla en cuenta.

En este sentido nos encontramos con:

- Personas con situación clínica estable, que se encuentran socialmente integradas pero que necesitan un apoyo y seguimiento frecuente.
- Personas con situación clínica estable que presentan déficit importantes en autonomía, organización y responsabilización de tareas cotidianas; en la organización del tiempo libre; con escasa formación académica y profesional; ausencia de experiencia laboral o vivida de manera negativa, lo que genera baja autoestima y expectativas y actitudes predictoras de poco éxito en cuanto a integración laboral, dificultades en el manejo de hábitos de trabajo y habilidades sociales. (Esto es especialmente significativo en los casos con escaso apoyo familiar y/o padres de avanzada edad).
- Personas crónicamente en descompensación clínica, con escaso o nulo apoyo familiar y/o social, y con necesidades de tratamiento, alojamiento y manutención.

Esto nos debe situar en la perspectiva, que debe guiar todo Programa de Atención a personas con un TMS, que es la de responder a las necesidades de la persona desde la definición y desarrollo de un Plan Individualizado.

El modelo de intervención en rehabilitación laboral en Asturias se integra por tanto en el contexto del Programa de Atención a Trastornos Mentales Severos, se estructura desde los

propios Servicios de Salud Mental y se orienta hacia el aprovechamiento de los recursos formativos y laborales de carácter comunitario.

Este modelo de intervención contempla una serie de fases:

- *Valoración de idoneidad: Identificación y evaluación de la situación clínica y social de la persona para establecer la adecuación de su inclusión y participación en programas de formación e inserción laboral. Esta valoración de idoneidad la realiza el equipo rehabilitador, que atiende a la persona.*
- *Evaluación: Las personas que hayan sido valoradas como idóneas para la participación en programas de formación y empleo, son evaluadas de una forma específica que permita una mayor definición de sus características y perfil personal y profesional (Nivel de empleabilidad) para orientar su proceso individual de integración sociolaboral.*
- *Definición del Plan Individualizado: Realizada la evaluación inicial, es necesario diseñar y planificar el itinerario más adecuado para cada persona.*
- *Desarrollo de Programas de Ajuste Laboral: En relación con el Plan Individualizado, y por tanto en función de las características y necesidades de cada persona se desarrollarán Programas que faciliten una mejor y mayor adaptación de la persona a los diferentes ámbitos en los que se pretende llevar a cabo su integración:*
 - Desarrollo de hábitos de autonomía.
 - Adquisición de hábitos de trabajo.
 - Desarrollo de habilidades sociales.
 - Establecimiento de pautas de salud laboral.
 - Preparación y motivación previa a la inclusión en una actividad, para reforzar su interés y facilitar su adaptación a la nueva situación.
- *Selección e integración en un recurso: Finalmente la integración de la persona en un recurso determinado conlleva a su vez una serie de pasos que es necesario describir:*
 - Establecimiento de contactos con instituciones y entidades sociales y empresariales.
 - Captación de recursos relacionados con la Formación y el Empleo.
 - Definición de Proyectos y Programas relacionados con la Integración Sociolaboral de las personas con enfermedad mental.
 - Selección: Mediante entrevista personal, actualización del perfil personal y profesional.
 - Pautas de Orientación.
 - Apoyo en la promoción y búsqueda de empleo.
- *Seguimiento y Evaluación continua: esto debe ser una actuación permanente y continuada, y responder a una serie de pautas:*
 - *Establecer un calendario de seguimiento:*
- Reuniones con formadores, responsables, etc. (establecer frecuencia) para poner en común observaciones, registros, recomendaciones, pautas, etc.
- Reuniones con la persona y/o grupo de personas (establecer frecuencia) para detectar necesidades, nivel de satisfacción, dificultades, conflictos, etc.

- *Establecer un informe de valoración individual que permita seguir orientando y gestionando la integración sociolaboral de las personas.*

En este modelo, como se podrá entender, cobra una especial importancia la mediación con las instituciones locales y regionales, el conocimiento del territorio y una adecuada captación y aprovechamiento de los recursos existentes.

Asturias, en su condición de región industrial en declive, es desde hace muchos años objetivo nº 1 de los Fondos Estructurales y de Cohesión, lo que ha permitido una mayor disponibilidad de recursos económicos para el diseño y la puesta en marcha de programas de formación y orientación laboral orientados a personas en situaciones de exclusión social.

El Marco, que durante los últimos años ha permitido la implementación de políticas de empleo en el Principado de Asturias es el Pacto Institucional por el Empleo 2000-2003, firmado por el gobierno, los empresarios y las centrales sindicales mayoritarias.

En el se definen las bases en materia de formación, empleo, salud laboral, industria, entre las que podemos destacar por su importancia para el colectivo de personas con enfermedad mental las que definen:

- El apoyo a los colectivos con mayores dificultades para conseguir condiciones estables en la relación laboral.
- La priorización de las acciones de formación con repercusión directa e inmediata en el empleo y las de inserción de colectivos con especiales.

Se plantean diferentes acciones de carácter normalizado orientadas a toda la población en general y más específicas orientadas a colectivos con riesgo de exclusión social:

- Es en este marco donde tienen cabida las diferentes acciones de formación, orientación y empleo en el contexto rehabilitador de las personas con TMS.
- Estas acciones presentan una evolución creciente a lo largo de estos últimos años, que puede apreciarse en el cuadro siguiente:
- Evolución 1999-2002 de Programas de Formación y Empleo

ÁREA DE SALUD MENTAL
Formación e Inserción laboral

PROGRAMAS	1999		2000		2001		2002	
	Nº usuarios	Horas	Nº usuarios	Horas	Nº usuarios	Horas	Nº usuarios	Horas
ACCIONES FORMATIVAS*								
Programas específicos	121	3550	136	4263	119	5200	130	6180
Programas no específicos			7	1295	8	740	24	1800
Otros programas	6	2880	23	2373	11	4520	21	4800
TOTAL	127	6430	166	7931	138	10460	175	12780
PROGRAMAS DE EMPLEO								
Planes Locales de Empleo	6		10		16		11	
Programas Consejería de Trabajo	5		9		27		52	
Empleo normalizado					3		2	
Proyectos Iniciativas empresariales							9	
TOTAL	11		19		46		65	

* Las acciones formativas que se describen son Programas de Formación Ocupacional específicos (F.S.E.) y Programas de Formación Ocupacional establecidos para otros colectivos, en los que se ha integrado a usuarios de los Servicios de Salud Mental. Otros Programas hacen referencia a Escuelas Taller y Talleres de Empleo, Programas de Garantía Social para alumnos con Necesidades Educativas Especiales y Programas gestionados por diferentes Ayuntamientos.

Para finalizar este punto, es necesario hacer una reflexión acerca de la situación en la que nos encontramos en Asturias, en relación con los procesos de Inserción Laboral de las personas con enfermedad mental y cual debería de ser, a mi entender, el escenario a corto y medio plazo, que permita optimizar mejor los recursos existentes y potenciar la integración sociolaboral de estas personas.

La situación es necesario analizarla desde una doble perspectiva:

Desde un punto de vista territorial, Asturias es una región con múltiples recursos destinados a favorecer la integración social y laboral de las personas con discapacidad:

- Existe, como ya hemos visto, un marco operativo con diversas medidas, en el que desarrollar diferentes programas y acciones, (Pacto Institucional por el Empleo).
- Existen una serie de entidades sin ánimo de lucro, que desarrollan actuaciones de información, orientación, formación, asesoramiento, promoción de empleo, etc., a personas con discapacidad.
- Existen multitud de Asociaciones, Organizaciones no gubernamentales, etc, que trabajan a favor de las personas con discapacidad y con otros colectivos en riesgo de exclusión.
- Existe toda una red de Servicios Públicos, orientados a mejorar los procesos de integración social y laboral de la población, de los que también, como es lógico, se benefician las personas con discapacidad:
 - o Servicios Públicos de Empleo.

- o Servicio de Promoción de Empleo. (Programas de Fomento de Empleo)
- o Servicio de Formación y Orientación (Diversidad de Programas Formativo-Ocupacionales, Orientación Profesional, Formación para el empleo, Gestión de Programas e Iniciativas Comunitarias - EQUAL).
- o Agencias de Desarrollo Local.
- o Centros de Empresas.
- o Equipos Territoriales de Servicios Sociales.
- o Servicios Sociales Municipales.

Sin embargo, y en lo que respecta a las personas con enfermedad mental, el beneficio que obtienen es todavía insuficiente. Es necesario diseñar y desarrollar nuevos recursos que se adapten más a la realidad de las personas con enfermedad mental, a sus necesidades, atendiendo también a las características de los diferentes territorios. (No es lo mismo desarrollar una acción formativa en Gijón, que en el sur occidente asturiano).

- Es necesario incrementar el número de plazas en programas normalizados, en los que se puedan integrar las personas afectadas por un TMS.
- Es necesario contar con Programas formativos específicos más diversos, con una mayor dotación presupuestaria, que permita un mayor número de recursos materiales y humanos; con una duración mayor en el tiempo, que permita el desarrollo de espacios de formación permanentes, etc.

Desde la perspectiva más cercana a las personas afectadas, la de sus familias, la de la Asociación de Familiares, y la de los propios Servicios de Salud Mental, cada vez es mayor la colaboración existente en el desarrollo de diferentes programas de rehabilitación psicossocial, y más concretamente en relación con la formación y el empleo.

Será necesario:

- Mantener e intensificar esta cooperación para el desarrollo de nuevos programas y nuevas iniciativas que favorezcan una inserción laboral de mayor calidad.
- Potenciar el apoyo a las familias mediante el reforzamiento de Programas Psicoeducativos.
- Motivar y potenciar el desarrollo asociativo de los familiares en aquellas zonas donde aun no existe.

Por lo que respecta a los Servicios de Salud Mental, el propio proceso de inserción laboral, enmarcado en el desarrollo del Programa de Atención a Trastornos Mentales Severos, será necesario mejorarlo con:

- El establecimiento de una mayor calidad en los procesos de evaluación, definición de programas individualizados y apoyo y tutoría.
- La creación de redes locales, en las que estén implicados en una estrategia común, los diferentes Servicios de la Administración Local, Servicios de la Administración Regional, los Grupos Políticos y Agentes Sociales, Organizaciones no Gubernamentales, empresarios, centros de formación, familiares y por supuesto los profesionales sanitarios.
- Es necesario que podamos contar con más recursos, tanto materiales como humanos, para el desarrollo de programas.
- La necesidad de establecer una estructura intermedia, con capacidad jurídica propia, dotada presupuestariamente, que se encargue del desarrollo y gestión de programas de orientación, formación y empleo.

ASPECTOS QUE SERÁ NECESARIO TENER EN CUENTA PARA EL DISEÑO Y GESTIÓN ADECUADA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS EN LOS QUE PARTICIPEN PERSONAS CON TMS

Con el objetivo de diseñar cada vez mejor los diferentes espacios y programas de formación en los que participan personas con TMS, y evitar aquellos errores y dificultades o problemas que frecuentemente podemos observar, será necesario tener en cuenta algunos aspectos:

- Es conveniente y necesario definir de manera más clara las características de los recursos de formación, antes de integrar en ellos a personas afectadas (Perfil del programa, peculiaridades relacionadas con el programa, la metodología a emplear, y el centro que lo imparte, objetivos, etc.)
- Incrementar el esfuerzo en la definición de objetivos que se persiguen con la persona, haciéndolos explícitos y al mismo tiempo garantizar que los objetivos del programa formativo estén vinculados a las características, necesidades y motivaciones de la persona.
- Reformular objetivos en función del rendimiento de la persona.
- Establecer mecanismos de evaluación y seguimiento sistemáticos.
- Incrementar la coordinación entre entidades dentro de un mismo territorio.
- Evitar la inclusión de una persona en un recurso con el único objetivo de que este colocado u ocupado en algo.
- Investigar sobre nuevas fórmulas de formación más adaptadas a las características de las personas con TMS (Necesidad de definir adecuadamente los perfiles de las personas. Necesidad de intensificar el rigor en la evaluación de las personas orientadas hacia procesos de formación).
- Intensificar la integración en recursos normalizados frente a recursos específicos, y a ser posible en lugares de trabajo real.
- Gestionar de manera más adecuada, teniendo en cuenta las dificultades económicas de muchas de las personas afectadas, la accesibilidad a los programas de formación (Transporte, becas, comidas, etc.)
- Evitar actividades muy estresoras y aquellas excesivamente protegidas.
- Implicar al tejido empresarial de la zona
- Valorar otras ventajas, a parte de la orientación hacia el empleo, que puede tener la formación, y trabajar en esa línea. (Diversificar los programas en cuanto a los objetivos, contenidos, duración, etc.)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anthony, W., Cohen, M., Cohen, B. (1984). Psychiatric Rehabilitation. En J.A. Talbot (Ed.). *The Chronic Mental Patient: Five years later*. N.Y. Grunne and Stratton.
- Anthony, W.A. (1980). A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin*, 24, 6-21.
- Anthony, W.; Cohen, M. y Farkas, M. (1990). Psychiatric Rehabilitation. Boston Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bedia, M.A.; Arrieta, M.^a y ots. (2001). Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29: 357-367.

- Colis, J.A. Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. En (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Madrid.
- Danley, K. and al. (1992): Supported Employment for people with psychiatric disabilities. *Conferencia Internacional: Empleo Apoyado en Meio Competitivo di Trabalho*. Lisboa.
- Faiweather, G.W.; Sanders, D.H.; Maynard, H. and al. (1969). Community life for the mentally ill. Chicago: Aldine.
- Farkas, M. (1996). Avances en rehabilitación psiquiátrica: Una perspectiva norteamericana. En J.A. Aldaz y C. Vázquez: *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Ed. S.XXI. Madrid.
- Fernández Aguirre, M.V.; González Cases, J.; Fernández Chavero, J.M. y Eizaguirre de Luna, L. El campo de la rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (Coord.) (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Frago, E.; Jover, D.; y ots. (1996). El empleo de los inempleables. Metodologías y recursos para la inserción laboral. Madrid. Ed. Popular.
- Galilea, V. y Lavado, A. Apoyo a la formación. En (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Madrid.
- García, J.; Peñuelas, E. y otros (2000). La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XX, 73: 9-22.
- Gisbert, C. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Lieberman, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
- López, M. y Laviana, M. (1998). Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas. En García y ots. (ed.). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid. Díaz de Santos, pp. 253-260.
- OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS.
- Gisbert, C. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo". Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pacto Institucional por el Empleo en Asturias (2000-2003). Oviedo. Consejo de Gobierno del Principado de Asturias.
- Rodríguez, A. y Bravo, M.F. (2003). Marco general y conceptualización. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Congreso AEN. Oviedo, Junio-2003. Madrid.
- Rodríguez, S.; Rodríguez, F. y Hernández, J. (2000). La Psiquiatría Comunitaria: La integración social y laboral de los enfermos mentales. Proyecto ISLEM. Ayuntamiento de Santa Lucía. Gran Canaria.
- Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Pirámide.
- Verdugo, M.A.; López, D. y otros (2002). Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Amaru. Salamanca.
- Watts, F. y Bennet, D. (1992). Teoría y práctica de la rehabilitación Psiquiátrica. México, Limusa.

ORIENTACIÓN LABORAL

Desiderio López Gómez
Jefe de Sección de la Unidad de Rehabilitación. Hospital "Los Montalvos"
Salamanca

Han sido muchas y variadas las perspectivas utilizadas para analizar la contribución del trabajo al crecimiento y desarrollo de la persona. Entre ellas, sobresalen las propuestas de A. Roe (1972) y de A. Maslow (1975), que destacan la importancia que tiene el trabajo respecto a la satisfacción de las necesidades humanas y las contribuciones de Jahoda (citada por F. Rivas, 1995), que considera que el empleo impone una estructura temporal a la vida diaria, implica experiencias y contactos regulares con personas no pertenecientes a la familia nuclear, permite a las personas establecer metas y propósitos que trascienden los suyos propios y define aspectos importantes del estatus personal y de la identidad.

Del mismo modo, se han analizado los efectos negativos del desempleo y del paro prolongado (J. Álvaro, 1992). El daño psicológico que ocasiona tiene que ver con la disminución de la autoestima y autoconcepto, reducción de metas y actividades, disminución de la capacidad de tomar decisiones y restricción de las relaciones interpersonales.

Los efectos nocivos de la ausencia de trabajo, aíslan más a las personas con problemas de salud mental, sobre todo si sus trastornos son severos, agravando los síntomas patológicos, aumentando su embotamiento personal y haciendo aún mayor su situación de marginalidad (J. A. Colis, 2001).

Desde una perspectiva inversa, se ha incidido en el trabajo como un factor de protección contra las recaídas sintomatológicas, a la vez que se le considera como un importante indicador para la rehabilitación psiquiátrica (H. Jacobs, 1993). Se señalan entre otros efectos benéficos del trabajo, que contrarresta la acción de otros estresores ambientales, desarrolla experiencias de afrontamiento y adaptación que posibilitan su transferencia y generalización a otros ámbitos y la percepción de un salario permite la disminución de la carga que el paciente representa sobre todo para su familia, aumentando a nivel social su consideración. Estos efectos favorecen la percepción social positiva de las personas con problemas de salud mental (J. Villa y otros, 1997). Se puede afirmar de manera global, que la protección que el trabajo proporciona contribuye a evitar los procesos de incapacidad y marginación (M. López y M. Laviana, 1998).

Atendiendo a los efectos nocivos y benéficos que la ausencia y/o posesión de un trabajo supone para las personas con trastornos mentales, se le ha considerado, junto con la red social y la casa, como una de las dimensiones básicas de las estrategias rehabilitadoras (B. Sarraceno y F. Montero, 1993) y como un elemento imprescindible para la integración en la comunidad (D. López, 2002).

El acceso al trabajo de las personas con problemas de salud mental está plagado de dificultades (A. Rodríguez y otros, 1997; J.A. Colis, 2001; J. Villa y otros, 1997), que se plasman en dificultades de elección, consecución y conservación del trabajo (J.A. Colis, 2001) en los efectos que la enfermedad tiene en la historia personal de cada uno de ellos (M. López, 2003), en las consecuencias derivadas del propio tratamiento (M. López, 2003), en los prejuicios sociales ante la persona con problemas de salud mental y en las derivadas de la situación del mercado laboral (A. Rodríguez y otros, 1997; Villa y otros, 1997).

Ante estas dificultades, esta tarea de la integración laboral de personas con problemas de salud mental, se caracteriza por la complejidad de los diseños, modelos, programas y servicios que hay que proponer (M. López, 2003) y por la multiplicidad de "factores, momentos e intervenciones y la variabilidad individual de necesidades, ritmos y trayectorias. Por ello, más que actividades separadas, hacen falta programas globales, planificados y gestionados de manera unificada, tanto en su nivel más general como en su aplicación a personas concretas" (M. López, 2002).

1. ORIENTACIÓN LABORAL

Para conseguir este propósito, se han propuesto diversos términos: rehabilitación laboral, ocupacional, orientación vocacional y transición, utilizado este último sobre todo con personas discapacitadas y/o con alumnos con necesidades educativas especiales (M. Palliser, 1996; V. Álvarez y C. García, 1997), y se han diseñado diversos modelos de intervención que consideran la integración laboral de las personas con problemas de salud mental como un proceso que consta de diferentes fases. En estas propuestas, se contempla el paso por diferentes dispositivos con sus correspondientes programas (M. López, 2003), se incide en la consideración de la integración laboral como un continuum que abarca desde la evaluación de las habilidades ocupacionales hasta el mantenimiento del empleo (H. Jacobs, 1993) y se entiende la inserción como un proceso configurado entorno a las fases de acceso, preparación e inserción propiamente dicha (J. Mela, 2003).

Aunque la acción de orientar es un hecho natural que ha estado presente siempre en todas las culturas y ha sido necesaria a lo largo de la historia para informar a las personas y ayudarlas a desarrollarse e integrarse social y profesionalmente, se sitúan sus orígenes como actividad organizada a primeros del siglo XX (M. Monescillo, 1998).

En su evolución y desarrollo han confluído entorno a este concepto diversos objetivos y procedimientos, que han dado lugar a diferentes denominaciones en función de las necesidades y momentos evolutivos de la persona y a distintos modelos y formas de intervención (R. Bisquerra, 1998). Sus propuestas y formulaciones recientes, dentro del campo de la orientación para el trabajo, se pueden agrupar entorno a los siguientes bloques: modelos de ajuste laboral, desarrollo de la carrera, educación para la carrera y modelo ecológico (V. Álvarez y C. García, 1997). De ellos se desprende una consideración de la orientación laboral como un proceso integral, pues incluye a todos los subsistemas de la persona e interactivo, pues acientúa que el acercamiento/desarrollo al mundo del trabajo está en relación con las interacciones que la misma efectúa con distintos entornos y contextos, que forman parte de un conjunto de sistemas interconectados.

Pero la orientación laboral se sitúa también dentro de una consideración global como un proceso que surca todo el recorrido de la integración laboral y por lo tanto, alejada de entenderla como una intervención puntual que está circunscrita a un momento determinado. Se inicia y se precisa en el nivel sanitario y es imprescindible en otros niveles "prelaboral-formativo-laboral" (M. López, 2003).

En todo este camino, se aprecian dos direcciones en la intervención de la orientación laboral. La primera, transición vertical, mira más a la propia persona con problemas de salud mental, para analizar la repercusión e incidencia que los diversos estímulos y exigencias que se le van presentando en los distintos programas y dispositivos tienen en ella y para valorar si el encuentro con el trabajo en sus diferentes estadios moviliza sus procesos psicológicos y en definitiva contribuye a facilitar su propia rehabilitación. Esta mirada personalizada nos aproxima a contemplar como se va estructurando su "personalidad laboral", entendida como la conjunción de capacidades, intereses, gustos y habilidades pero también de experiencias y sentimientos, de enfrentamiento con la enfermedad, de generación de expectativas e ilusiones entorno al trabajo. Su herramienta principal es la empatía (B. Okun, 2001) que permite a la persona aproximarse a sí misma, generar confianza en el trabajo y reconducir sus esfuerzos y energías a favor del camino de rehabilitación. Esta mirada personalizada de la orientación laboral, más propia de los dispositivos sanitarios –unidades de salud mental y dispositivos de rehabilitación– facilitaría el encuentro de ellos con dispositivos prelaborales, formativos y laborales.

La segunda dirección, transición horizontal, incide en las interacciones que la persona establece con los distintos contextos y dispositivos que configuran el proceso de la integración laboral. Esta dirección favorece el proceso de socialización de la persona con problemas de salud mental, entendido como "la vinculación efectiva de la persona con el contexto

social y cultural en el que transcurre su vida" (F. Rivas, 1995). Implica la activación de capacidades y habilidades que le permiten responder adecuadamente a las exigencias, al aprendizaje de normas y valores y la manifestación de patrones de comportamiento estables y modos de percibir la realidad congruentes con las personas con las que se interacciona en los servicios del proceso de integración laboral.

Las transiciones horizontales favorecen el encuentro con el "ambiente laboral" en sus sucesivas y diversas manifestaciones. Aquí se conjugan para la persona el cambio de su rol, la delimitación y perfeccionamiento de su competencia y capacidad de afrontamiento y la adecuación de sus relaciones interpersonales.

Sus estrategias fundamentales son la transmisión de la información y de apoyos. La información que se transmite está en relación con las características y exigencias del dispositivo en el que está, la manera de hacerlas frente, pero también con contenidos culturales, al principio generales y a medida que se avance por el itinerario de la integración laboral más específicos en relación con el trabajo: características, destrezas, etc. La información, en algún momento, precisa tener una mayor estructuración curricular y situarse próxima al nivel formativo. Como indica M. L. Rodríguez (1998), a través de la transmisión de información, se alcanzan finalidades motivadoras, instructivas, adaptativas y distributivas, entendidas como la ayuda a las personas para hacer distinciones lo más ajustadas posibles entre opciones y ocupaciones.

En la transmisión de apoyos, habrá que valorar su nivel de intensidad –intermitente, limitado, amplio y generalizado– (R. Schalock, 1999) en función de las necesidades de la persona. Los apoyos adoptan diversas modalidades y configuraciones: servicios, talleres, programas, empresas de inserción, tutoría individual en el lugar de trabajo para resolver problemas y desarrollar habilidades (G. Bond, 2003).

En función de estas consideraciones podríamos incluir como componentes nucleares de la orientación laboral, los siguientes:

Componente individual-personal: análisis de sus capacidades, gustos e intereses, potenciando la motivación a partir de sus preferencias y promoviendo sus expectativas hacia ocupaciones concretas. En este nivel hay que incluir conceptos y procedimientos como orientación vocacional (V. Galilea, 2001), plan individual de rehabilitación laboral (E. Muñiz, 2001) y plan individual de transición (V. Álvarez y C. García, 1997).

Componente de aprendizaje: Adquisición de capacidades, destrezas inherentes al momento del itinerario laboral y de competencias transversales que complementan y refuerzan su mantenimiento (M. A. Verdugo, 1996 y J. Gilman y otros, 2002). Habrá que situar aquí todos los programas de formación.

Componente familiar: Además de considerar el estado de agotamiento y estrés de la familia, ocasionados por la enfermedad y su nivel de expresividad emocional, incide sobre todo en las expectativas y valoraciones que tienen sobre el trabajo de la persona con problemas de salud mental, la familia y también en los apoyos que puede transmitir para la consecución del mismo.

Componente comunitario: Profundiza en la valoración social sobre el trabajo de las personas con problemas de salud mental, suscitar la colaboración y participación de redes comunitarias tanto formales como informales, diseñar dispositivos que permitan el itinerario profesional de estas personas y establecer conexiones y puntos de encuentro permanentes entre las estructuras comunitarias de salud, educación, trabajo y participación social.

Componente organizacional: Los diferentes dispositivos del itinerario profesional deben ser contextos de desarrollo humano (J. García, 1998; G. Shepherd, 1996), "siempre revalorizadores y por tanto desprovistos de elementos que amplifiquen el estereotipo de enfermo y de desviación" (J. García, 1998).

Componente mediacional: Los componentes de la mediación abarcan todos los subsistemas de la persona (D. López, 2002) y se encaminan hacia su crecimiento y complejidad mediante la intervención sobre ellos y las interacciones que se establecen con los diferentes contextos. La configuración de la mediación y los apoyos que de ella se desprenden, dependerá del nivel y espacio del itinerario profesional en el que se encuentre la persona.

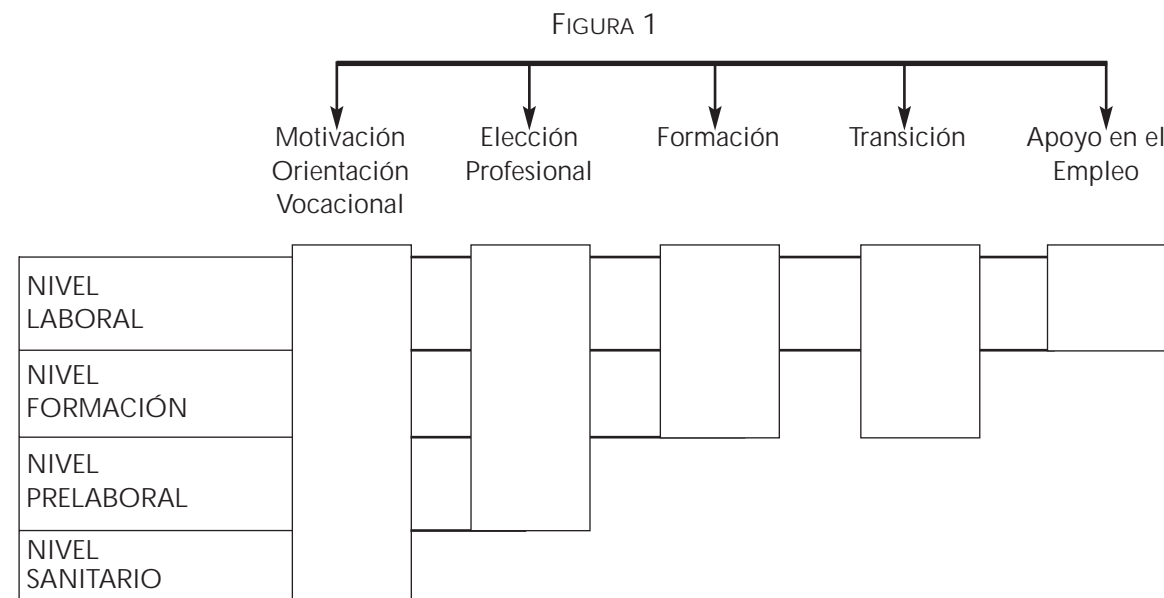
2. PROPUESTA DE UN MODELO DE ORIENTACIÓN LABORAL

La operativización del concepto de Orientación Laboral, hay que considerarla dentro del ámbito de la propia orientación. En él hay que distinguir entre asesoramiento, más en relación con la ayuda individualizada y el concepto más amplio de orientación, que abarcaría el conjunto de servicios que prestan esa ayuda (F. Rivas, 1995), pero también dentro del campo de la rehabilitación con la diferencia entre orientación laboral, rehabilitación laboral y rehabilitación psicosocial. La orientación laboral es un elemento fundamental de la rehabilitación laboral y forma parte de ella y ambas están incluidas dentro de la rehabilitación psicosocial.

Como ya he señalado, la orientación laboral incluye una mirada personalizada al tránsito que la persona con problemas de salud mental, realiza a través de distintos niveles y dispositivos que persiguen su rehabilitación laboral para contribuir así a su rehabilitación psicosocial. La orientación laboral acompaña a la persona en su camino de integración laboral y al mismo tiempo incide en las áreas de rehabilitación psicosocial: competencia/autonomía; capacidad de afrontamiento; rol; relaciones interpersonales; familia; apoyo social y relaciones con estructuras comunitarias.

Para ello se propone un modelo de orientación laboral, próximo a otras propuestas de orientación profesional como el movimiento de educación para la carrera (Palliser, 1996; V. Álvarez y C. García, 1997) que se configura entorno a un currículum funcional, en el que confluyen contenidos de orientación laboral y de rehabilitación psicosocial y que sitúa todas las experiencias de rehabilitación de la persona entorno a la consecución de trabajo.

Se inicia en el nivel sanitario (M. López, 2002; 2003 y F. Pérez, 2003), aunque su estructuración en niveles y modelos permite la incorporación al mismo en cualquiera de ellos en función del proceso de rehabilitación de la persona con problemas de salud mental.



En ocasiones, las dificultades que aparecen en este camino, darán lugar a paradas y a veces habrá que proponer un entrenamiento hacia atrás (J. Zeleen y Van Weeghd, 1995). Además del currículum funcional, este modelo de orientación laboral, se caracteriza por propugnar un ambiente integrado de aprendizaje, efectuado en contextos comunitarios no segregados y, por tanto, integrado en un servicio basado en la comunidad que implica la participación de los servicios comunitarios en la consecución de la integración laboral de las personas con problemas de salud mental.

TABLA 1
MODELO DE ORIENTACIÓN LABORAL

	REHABILITACIÓN LABORAL	REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
Motivación	1. Importancia del trabajo en la rehabilitación.	Educación para la salud.
	2. Trabajo de los padres o de ellos: elaboración de un listado.	Intervención familiar: Información sobre la orientación laboral.
	3. Visitas a centros de trabajo de la Comunidad.	Habilidades de la Vida Diaria / Habilidades Comunitarias. Programa de Concienciación Comunitaria.
	4. Características del trabajo en general: Creación de actitudes adecuadas.	Habilidades sociales: Analizar las distorsiones cognitivas, expectativas y atribuciones.
	5. Elaboración de una ficha profesiográfica.	Entrenamiento en preparación de documentación y búsqueda de información.
Orientación Vocacional	6. Exploración personal: Historia, conocimientos educativos, capacidades, destrezas, gustos e intereses	Equipo clínico (Unidad de Salud Mental y Servicio de Rehabilitación): Tutoría.
	7. Cómo ven los demás al enfermo sobre sus capacidades y destrezas.	Intervención familiar: Programa psicoeducativo. Reducir Emoción Expresada de la familia.
Elección profesional	8. Adquisición de hábitos de trabajo y de habilidades de ajuste laboral.	Talleres pre-laborales.
	9. Elementos de la toma de decisiones. Perfil de empleabilidad.	Intercambio de información entre los profesionales de los distintos niveles.
	10. Elección profesional: Profesión / es.	Intervención familiar: Transmisión de apoyo. Cambio de roles. Participación de la asociación de familiares.
Formación	11. Estrategias de afrontamiento para el adecuado ejercicio profesional.	Habilidades sociales: Diseño de metas, resolución de problemas. Habilidades comunitarias: Inscribirse en el INEM.
	12. Recabar información en la comunidad sobre la profesión / es escogida.	Centros Comunitarios de información no reglados.
Transición	13. Conocimientos técnicos, formación profesional.	Recursos comunitarios formales de formación: Educación, INEM. Recursos informales.
	14. Habilidades de búsqueda de empleo.	Club Laboral (Asociación de Familiares): Hacer currículum, cartas de presentación, búsqueda de empleo en medios de comunicación.
Apoyo en el empleo	15. Conexión con redes de apoyo psicosocial (CEAS, ONGs).	Ocio normalizado.
	16. Trabajo en las diversas modalidades.	Tratamiento asertivo-comunitario. Empleo con apoyo.

3. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

a.- La orientación laboral es un proceso que se recorre a través de diferentes niveles y contenidos que demanda una relación y conexión entre sí. El paso al nivel siguiente no supone la desaparición del anterior. En este recorrido hay personas que no llegan a la integración laboral, permaneciendo en uno de los niveles anteriores.

b.- El aprendizaje que se desprende de la orientación laboral se efectúa por medio del encuentro con los distintos contenidos de las interacciones que la persona realiza con su familia y los dispositivos comunitarios (específicos de la integración laboral y de las redes comunitarias). Estas interacciones deben suponer para la persona recepción de exigencias y apoyos.

c.- La inclusión en el concepto de aprendizaje de diferentes modalidades del mismo: Inmersión o aprendizaje por la experiencia, imaginación, reflexión e intuición (G. Claxton, 2001) y la consideración del mismo desde una perspectiva amplia e integral, nos permite contemplar, a través de la orientación laboral, la dotación a la persona de capacidades y destrezas, pero también la emergencia de su individualidad y subjetividad.

d.- La recuperación de su subjetividad se plasma en un camino abigarrado y complejo a través de diferentes niveles de recuperación personal (D. López, 2002) y transitando por diferentes fases (M. Farkas, 2003) que permiten alcanzar una mayor calidad de vida (M.A. Verdugo y M. Martín, 2002).

e.- La orientación laboral se apoya en los modelos y contenidos de la orientación, pero también en la relación y conexión entre las diferentes redes comunitarias (Servicios de Rehabilitación, Empleo y Formación) y en la continuidad dentro de los dispositivos de la misma red (Servicios de Salud Mental y de Rehabilitación).

f.- La orientación laboral de las personas con problemas de salud mental implica a los profesionales de la salud de los diferentes servicios y dispositivos y el establecimiento de puntos de encuentro con otros profesionales de otras redes comunitarias (educación, participación ciudadana y trabajo).

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, V. y García, C. (1997). Orientación vocacional de jóvenes con necesidades especiales. Un programa de transición para la vida adulta. Madrid. EOS.
- Álvaro, J. (1992). Desempleo y bienestar psicológico. Madrid. Siglo XXI.
- Bisquerra, R. (1998). Modelos de orientación e intervención psicopedagógica. Barcelona. Praxis.
- Bond, G. (2003). Los principios del modelo de empleo con apoyo: La evidencia empírica. En Lara, L. y López, M. *Integración Laboral de personas con trastorno mental severo*. Sevilla. FAISEM (en prensa).
- Claxton, G. (2001). Aprender. Barcelona. Paidós.
- Colis, J.A. (2001). Filosofía de la rehabilitación laboral. *Rehabilitación Laboral de Personas con enfermedad mental crónica*. Madrid. Comunidad de Madrid.
- Farkas, M. (2003). Reestablecimiento y rehabilitación. *Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP)*, 15-16.
- Galilea, V. (2001). Orientación vocacional en rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. Madrid. Comunidad de Madrid.
- García, J. (1998). El trabajo y la integración laboral en el marco de la reforma psiquiátrica. En García, J., Espino, A. y Lara, L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid. Díaz Santos.
- Gilman, C.J. y otros. (2002). Destrezas laborales. Bilbao. Mensajero.
- Jacobs, H. (1993). Rehabilitación ocupacional. En Liberman, R. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
- López, D. (2002). Unidad de Rehabilitación. En Verdugo, M.A. y otros. *Rehabilitación en salud mental*. Salamanca. Amarú.
- López, D. (2002). Abordaje del enfermo mental severo desde una Unidad de Rehabilitación. *Norte de Salud Mental*, 13.
- López, M. y Laviana, M. (1998). Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: Condiciones funcionales y organizativas. En García, J., Espino, A., y Lara, L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid. Díaz Santos.
- López, M. (2001). Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP)*, 8 (13), 51-59.
- López, M. (2002). Situación actual y perspectivas de futuro del programa de ocupación laboral. Jornadas andaluzas sobre integración laboral de personas con problemas de salud mental. Sevilla. FAISEM.
- López, M. (2003). La provisión de empleo y actividad a personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas desde Andalucía. En Lara, L. y López, M. *Integración Laboral de personas con trastorno mental*. Sevilla. FAISEM (en prensa).
- Maslow, A. (1975). Motivación y personalidad. Barcelona. Sagitario.
- Mela, J. (2003). Modelo de evaluación de la situación psicosocial del colectivo de personas con problemas de salud mental en Cataluña. *Jornadas andaluzas sobre integración laboral de personas con problemas de salud mental*. San Fernando.
- Monescillo, M. y otros. (1998). Orígenes y desarrollo de la orientación. En Bisquerra, R. *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona. Praxis.
- Muñiz, E. (2001). Plan individual de rehabilitación laboral. *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid. Comunidad de Madrid.
- Okun, B. (2001). Ayudar de forma efectiva. Barcelona. Paidós.
- Pallisera, M. (1996). Transición a la edad adulta y vida activa de las personas con discapacidad psíquica. Barcelona. EUB.
- Pérez, F. (2003). La coordinación con los servicios de salud mental. En Lara, L. y López, M. *Integración Laboral de personas con trastorno mental severo*. Sevilla. FAISEM (en prensa).
- Rivas, F. (1995). Manual de asesoramiento y orientación vocacional. Madrid. Síntesis.
- Rodríguez, A. y otros. (1997). Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En Rodríguez, A. *Rehabilitación psicosocial en personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid. Pirámide.
- Rodríguez, M.L. (1998). La orientación profesional. Barcelona. Ariel.
- Roe, A. (1972). Psicología de las ocupaciones. Madrid. Marova.
- Saraceno, B. y Montero, F. (1993). La rehabilitación entre modelos y prácticas. En Aparicio, V. *Evaluación de los servicios de salud mental*. Madrid. A.E.N.
- Schalock, R. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. En Verdugo, M.A. y Jordan de Urríes, B. *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Salamanca. Amarú.
- Shepherd, G. (1996). Planificación de servicios y cambio organizacional. En Áldaz, J.A. y Vázquez, C. *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid. Siglo XXI.

- Shepherd, G. (2003). Integración laboral de personas con enfermedad mental severa. En Jornadas andaluzas de integración laboral de personas con problemas de salud mental. San Fernando. Cádiz. 2002.
- Verdugo, M. A. y Martín, M. (2002). Calidad de Vida en Salud Mental. En Verdugo, M.A. y otros. *Rehabilitación en salud mental*. Salamanca. Amarú.
- Verdugo, M.A. (1996). Programa de Orientación al trabajo. Salamanca. Amarú.
- Villa, J. y otros. (1997). De la formación al empleo: Una estrategia para la rehabilitación e inserción de los enfermos mentales. En García, J., De las Heras, B. y Peñuelas, E. *Rehabilitación Psicosocial*. Oviedo. K.R.K.
- Zeleen, J. y Van Weeghd, J. (1995). La rehabilitación vocacional de pacientes mentales crónicos en el marco de la salud mental comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 45, 5-19.

Mesas Redondas

Talleres ocupacionales

HABILIDADES LABORALES DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA INGRESADAS EN LA UNIDAD
DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL "LOS MONTALVOS"
DE SALAMANCA: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Mónica Martín Escudero (1), Manuel Morollón Hernández (2)
y Cristina Jenaro Río (3)
Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (1, 3)
y Unidad de Rehabilitación. Consorcio Hospitalario (2)

El presente documento pretende ser un instrumento eminentemente práctico para aquellos profesionales que lleven a cabo intervenciones en rehabilitación sociolaboral y para aquellos que protagonicen o asesoren en iniciativas de creación de empleo para personas afectadas por una enfermedad mental crónica. Es muy frecuente que los profesionales y miembros de asociaciones e instituciones, empujados por la creciente necesidad de integración de sus pacientes y familiares, suplan con esfuerzo la casi precaria disponibilidad económica de sus pacientes y familiares, no permitiéndoles adquirir los conocimientos, hábitos y habilidades que propicien su integración social y laboral plena (Becker y otros., 1998; Secker, Membrey, Grove y Seebohm, 2002; Torrey, Mead y Ross, 1998).

En este trabajo abordaremos diferentes cuestiones acerca de la evaluación e intervención en habilidades laborales en salud mental. En primer lugar aludiremos a la finalidad de nuestro trabajo que fue la de evaluar las habilidades laborales de una muestra de personas con problemas de salud mental, que se encuentran ingresadas en la Unidad de Rehabilitación del Hospital "Los Montalvos", en la provincia de Salamanca. Para ello aplicamos el "Perfil de Personalidad Laboral" (PPL) (Bolton y Roesler, 1986, traducción y adaptación Jenaro y Rodríguez, 2000). El objetivo de esta evaluación fue comprobar si existían relaciones y diferencias significativas entre los factores y habilidades laborales de la persona en función de una serie de variables clínicas y sociodemográficas. Nos planteamos una serie de hipótesis en las que afirmamos que existirían tales diferencias en función de todas y cada una de las variables analizadas. A continuación abordamos las cuestiones referentes a la metodología de nuestro trabajo (instrumento de medida, procedimiento, participantes, y análisis estadísticos). Tras realizar las correspondientes pruebas estadísticas y análisis de contraste entre los distintos factores y habilidades laborales, y variables clínicas y sociodemográficas, vimos que estas relaciones significativas existían en función de dos de estas variables: la participación en el programa de automedicación y la experiencia laboral previa. A pesar de que no se confirmaron algunas de nuestras hipótesis, pudimos comprobar que existían diferencias entre los distintos niveles de cada variable, aunque no fueran estadísticamente significativas. Y para finalizar este segundo y último capítulo, lanzamos una serie de propuestas de evaluación e intervención para posteriores estudios.

La obtención y el mantenimiento de un empleo es un deseo y un objetivo prioritario para todos nuestros usuarios (Schneider, 1998; Secker, Membrey, Grove y Seebohm, 2002; Verdugo y Jenaro, 1993a). Es evidente que el trabajo es un bien preciado para todos y además, escaso. La tasa de población en paro de este país es una realidad dramática que no escapa al colectivo de personas con enfermedad mental.

Nuestro trabajo se basó en realizar una evaluación de las habilidades laborales que presentaban las personas que asistían al taller tras 2 meses de observación, y analizar su relación con ciertas variables clínicas (duración de la enfermedad, año y edad de comienzo, etc) y sociodemográficas (nivel de estudios, experiencia laboral previa, tipo de pensión, etc.) que ya mencionaré.

Seguro que muchos de ustedes se habrán preguntado si el diagnóstico, la duración de la enfermedad y otras variables han podido influir en el desarrollo, mantenimiento o pérdida de ciertas habilidades laborales y si son las responsables del acceso, mantenimiento o pérdida de un empleo. Muchas de estas variables son invariables y sobre ellas no podemos intervenir. Si piensan que realmente las posibilidades de integración laboral, vienen determinadas por este tipo de variables, entonces verán con pesimismo el que realmente estas personas puedan conseguir un puesto de trabajo.

Sin embargo, si comprobamos que son nuestros programas de rehabilitación (como en nuestro caso el programa de automedicación), y variables sociodemográficas como la experiencia laboral previa, las que influyen y determinan las oportunidades de integración laboral

de estas personas, entonces podremos ser optimistas y motivarnos para continuar luchando por ayudarles a encontrar su rol en el mundo laboral y desempeñarlo de manera satisfactoria.

Este trabajo de evaluación es el inicio de un proyecto de intervención que tendrá muy en cuenta los objetivos, procedimiento y resultados que presentaremos a continuación y que próximamente verán la luz en un artículo que publicaremos y que espero que sirva a muchos profesionales de punto de partida para iniciar o continuar sus labores en el campo de la investigación o atención e intervención con este colectivo de personas marginado incluso dentro del mundo de la discapacidad.

1. OBJETIVOS

La finalidad de este trabajo es aplicar el "Perfil de Personalidad Laboral" (PPL) (Bolton y Roessler, 1986, traducción y adaptación Jenaro y Rodríguez, 2000) en una muestra de personas con enfermedad mental que se encuentran ingresadas en la Unidad de Rehabilitación del Hospital "Los Montalvos", en la provincia de Salamanca.

Con este trabajo pretendemos fomentar la inserción social y laboral de las personas con enfermedad mental a través de la orientación y la formación adaptadas a sus necesidades; atendiendo a las características de cada usuario y a la modalidad de empleo (normalizado, protegido, empleo con apoyo), más adecuada a cada caso (Becker y otros., 1998; Becker, Torrey, Toscano, Wyzik y Fox, 1998; Clark, 1998; Drake, 1998; Herzig y Thole, 1998; McCarthy, Thompson, y Olson, 1998; Secker, Membrey, Grove y Seeböhm, 2002).

La evaluación se ha llevado a cabo con aquellos pacientes que participan en un taller pre-laboral de reciclado de papel, que forman parte de este estudio piloto. Analizamos entonces las habilidades y déficit laborales que presentan (áreas problema), con objeto de tomar decisiones con respecto a las diferentes modalidades de empleo en dispositivos más normalizados y adaptados a sus capacidades y que facilitarán su integración plena en el mundo laboral (Empresas sociales, Centros de Empleo Especial, Empleo con Apoyo, etc.) (Fortney, Rost y Zhang, 1998).

Así pues, entendemos que la rehabilitación es mucho más que un conjunto de técnicas o un proceso con una sola "meta"; es una filosofía, una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con problemas mentales de larga duración (Shepherd, 1996). No existe un proceso rehabilitador igual a otro: unas personas podrán evolucionar hacia una integración normalizada en una vida social y otras, susceptibles igualmente de mejorar su funcionamiento y habilidades, habrán de conformarse con metas más modestas pero no menos importantes en la historia personal de cada individuo (Verdugo y Jenaro, 1993b).

Aún para este último grupo, los apoyos deben de ser continuados y dirigidos a potenciar la mejora continua (Drake, 1998).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos que pretendemos conseguir con este estudio, son:

- Identificar el perfil laboral del usuario, sus ventajas y problemas en el puesto de trabajo.
- Planificar intervenciones que incrementen el desempeño laboral del usuario.
- Disminuir y si es posible eliminar las consecuencias de las recaídas con ayuda del tratamiento médico y de la participación en el taller pre-laboral.
- Seleccionar un grupo de candidatos para formar parte de un programa laboral de formación en el puesto de trabajo.

2. HIPÓTESIS

Para dar respuesta a los objetivos, y de acuerdo con la bibliografía revisada, hemos planteado las siguientes hipótesis:

2.1. HABRÁ DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS:

- 2.1.1. En función del diagnóstico, siendo las personas con trastornos psicóticos quienes obtengan puntuaciones inferiores.
- 2.1.2. En función de la participación o no en el programa de automedicación, siendo las personas que forman parte de este programa quienes obtendrán las puntuaciones más altas.
- 2.1.3. En función del tiempo con automedicación, siendo las personas que llevan más tiempo participando en este programa, quienes obtendrán las puntuaciones más altas.
- 2.1.4. En función de la adherencia al tratamiento, siendo las personas que toman de forma adecuada la medicación prescrita sin problemas, quienes obtendrán puntuaciones más altas.
- 2.1.5. En función del año de comienzo de la enfermedad, siendo las personas cuya enfermedad tuvo un inicio tardío (posterior a 1991), quienes obtendrán mejores puntuaciones.
- 2.1.6. En función de la edad de comienzo de la enfermedad, siendo las personas cuya enfermedad comienza cuando tienen una mayor edad, quienes obtendrán puntuaciones más altas.
- 2.1.7. En función de la edad del primer ingreso en la Unidad, siendo las personas que ingresan por primera vez en nuestra Unidad, con mayor edad (más de 46), quienes obtendrán mejores resultados.
- 2.1.8. En función de la duración de la enfermedad, siendo las personas cuya enfermedad tiene una evolución menor, quienes obtendrán puntuaciones más altas.
- 2.1.9. En función del número de ingresos, siendo las personas con menor número de ingresos en la Unidad, quienes obtendrán puntuaciones más elevadas.
- 2.1.10. En función del número de altas por remisión, siendo las personas con mayor número de altas por remisión, quienes obtendrán mayores puntuaciones.

2.2. EN SEGUNDO LUGAR PLANTEAMOS LA EXISTENCIA DE DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CONCRETAMENTE:

- 2.2.1. En función del sexo, siendo las mujeres con enfermedad mental quienes obtengan puntuaciones inferiores en el factor 5: Aceptación de las figuras de autoridad del instrumento, y los hombres quienes obtengan puntuaciones inferiores en el factor 2: Habilidades Sociales.
- 2.2.2. En función de la edad, siendo las personas de mayor edad quienes obtendrán mayores puntuaciones.
- 2.2.3. En función de la experiencia laboral previa, siendo las personas con experiencia laboral previa, quienes obtendrán mayores puntuaciones.

- 2.2.4. En función del nivel de estudios, siendo las personas con nivel de estudios superiores (secundarios y universitarios), quiénes obtendrán puntuaciones más elevadas.
- 2.2.5. En función de la existencia o no de incapacidad judicial, siendo las personas incapacitadas por orden judicial, quiénes obtendrán puntuaciones más elevadas.
- 2.2.6. En función del tipo de pensión, siendo las personas que perciben una pensión por minusvalía, quiénes obtendrán puntuaciones más bajas que aquéllas que no reciben pensión o que disponen una pensión de invalidez.

3. MÉTODO

3.1. INSTRUMENTOS

El Perfil de Personalidad Laboral (PPL) es un instrumento para medir el comportamiento laboral de personas con discapacidad en entornos de trabajo. Es una medida de empleabilidad entendida como el conjunto de actitudes, valores, hábitos y comportamientos que resultan esenciales en la obtención y mantenimiento de un empleo. El PPL nos da a conocer las ventajas y dificultades que presenta la persona para poder asumir el rol de trabajador (Becker y otros., 1998; Torrey, Mead y Ross, 1998). Los 58 ítems de que consta son valorados utilizando una escala numérica de 1 a 4. Su tiempo de aplicación es de 5-10 minutos. Un requisito para su empleo es que el evaluador debe haber observado el desempeño del usuario como mínimo durante una semana.

La estructura del PPL se basa en 16 escalas, 11 de habilidades básicas y 5 de factores laborales.

Las 11 *habilidades* o capacidades laborales básicas son:

- | | |
|--|--|
| H1. Aceptación del rol laboral | H2. Seguimiento de Instrucciones |
| H3. Persistencia laboral | H4. Ajuste al cambio |
| H5. Independencia | H6. Capacidad para solicitar ayuda |
| H7. Grado de ansiedad-confort supervisor | H8. Relación interpersonal con el supervisor |
| H9. Trabajo en equipo | H10. Socialización con compañeros |
| H11. Habilidades de comunicación social | |

Los 5 *factores* laborales son conjuntos de habilidades que estiman el funcionamiento laboral global del trabajador, estos son:

- F1. Orientación a la tarea
- F2. Habilidades Sociales
- F3. Motivación laboral
- F4. Adaptación al Trabajo
- F5. Aceptación de las figuras de Autoridad

El fin último que perseguimos con la aplicación del perfil y posterior análisis de resultados, es determinar en qué medida las habilidades y factores contemplados en el instrumento, permiten mejorar habilidades adaptativas y más concretamente, facilitar la obtención y man-

tenimiento de un empleo, al mismo tiempo que se mejora su nivel de autodeterminación (Mitchell, 1998; Schneider, 1998; Secker, Membrey, Grove y Seebom, 2002). Por ejemplo, veremos si la mejora del factor laboral "Orientación a la tarea" ejerce alguna influencia sobre el nivel de autonomía alcanzado.

3.2. PROCEDIMIENTO

La evaluación de las habilidades laborales que llevamos a cabo en el taller prelaboral de reciclado de papel, fue realizada por el monitor de dicho taller, tras dos meses de observación de cada uno de los participantes tanto en tareas de trabajo individual como de grupo.

La evaluación fue continua, y se llevó a cabo durante todo el proceso, fundamentalmente mediante la observación. El monitor crea situaciones de observación para poder contestar los ítems del perfil de Personalidad Laboral. Tratará de analizar al individuo también en relación al grupo y en el desempeño individual de sus tareas, empleando hojas de autorregistro donde tomará notas para, tras un período de 2 meses, poder completar el perfil.

Con los datos que el monitor obtiene mediante la observación, se puede redactar un informe de evaluación de cada participante, valorando las habilidades iniciales ya adquiridas y aquéllas por desarrollar y/o mejorar. El monitor solicitó ayuda al personal sanitario cuando dudaba a la hora de contestar a algún ítem del Perfil. A la hora de realizar el informe de evaluación, se prestó especial atención a las características del participante, el nivel del que se partía, así como de las actitudes que manifiesta.

El monitor completó esta evaluación con la petición de opiniones a los participantes sobre el trabajo (actividades) que se les ha pedido que hagan, con objeto de completar la evaluación de la sesión en su conjunto y hacer un resumen que le ayudará a llevar a cabo la tarea final de contestar a cada ítem del perfil.

Para la observación de las conductas más difíciles de detectar, el evaluador debe intentar pedir al sujeto la realización de las mismas en el contexto más adecuado para ello. Por tanto, el cumplimiento de los objetivos mínimos para decidir la puntuación que dar en cada ítem, puede ser evaluado por medio de su participación; de la dinámica de grupo generada; de la/s información/es emanadas de los mismos; de las propias observaciones realizadas sobre la marcha de cada actividad; de la opinión expresada por los participantes, etc.

3.3. DISEÑO

En cuanto al tipo de estudio llevado a cabo, se trata de un *estudio causal-comparativo (ex post facto)*, destinado a descubrir las posibles causas que explican las dificultades para la integración laboral del enfermo mental, comparando a sujetos con y sin una característica concreta, ya sea clínica o sociodemográfica. Es también un *estudio correlacional*, por cuanto que tratamos de determinar la magnitud de las relaciones entre las variables, habilidades y factores laborales, agrupándolas de dos en dos.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Hemos utilizado en diferentes fases del análisis, el paquete estadístico SPSS_ Versión 4.0 (SPSS, 1986, 1990), y de manera complementaria el programa STATVIEW_ Versión 4.1. para Power Macintosh (1992-1994). En cuanto a la configuración de los gráficos, hemos empleado el programa Microsoft Excel Versión 5.1 para Power Macintosh (1984-1995).

Los estadísticos descriptivos multivariados que utilizamos para describir las características de la muestra, así como para describir las relaciones entre dos o más variables (estadísticos correlacionales), fueron los análisis factoriales que nos permitieron determinar si un conjunto de variables puede ser reducido a un menor número de factores. También empleamos estadísticos inferenciales para realizar inferencias de las características de una muestra, teniendo como referencia los parámetros de la población, en concreto empleamos análisis múltiples de varianza (MANOVA) como prueba paramétrica. Recurrimos a esta prueba para determinar si las puntuaciones medias en uno o más factores difieren significativamente, teniendo en cuenta la existencia de correlaciones significativas entre los factores. Estos análisis fueron completados con Análisis de Varianza.

3.5. CARACTERÍSTICAS Y ACTIVIDADES DEL TALLER

Una serie de cuestiones elementales y por todos aceptadas, como que el trabajo desempeña un importante papel en la conducta humana, como elemento central de la vida adulta, proporciona una estructura básica para la conducta social y siempre ha sido reconocido como un medio importante para facilitar la rehabilitación psiquiátrica.

3.5.1. Características

La creación de talleres prelaborales específicos que pretenden conseguir la capacitación laboral de las personas que presentan patologías psiquiátricas, ha sido una de las mejores medidas que se han puesto en marcha al amparo de las iniciativas legislativas. Gracias a ellos, se han conseguido muy buenos resultados en cuanto a la integración laboral de estas personas.

El taller de reciclado de papel, es un programa más al servicio de la rehabilitación ocupacional pre-laboral, diseñado por la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Salamanca, en el cuál se están adiestrando y manteniendo habilidades de ajuste laboral, que podemos definir como aquel conjunto de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en las mejores condiciones posibles para tener una mínima oportunidad de acceso a un trabajo (véase Tabla 1).

El lugar más adecuado para desarrollar todos estos hábitos y habilidades es aquel que mejor simule un trabajo real. Los talleres rehabilitadores, se fundamentan en que no son específicamente normativos, no se les enseña un oficio, ni son productivos por lo cual no dependen de la obtención de un rendimiento económico, sino que las tareas se supeditan a las necesidades individuales de cada persona. Estas tareas las establece el maestro del taller, el cual debe establecer con el usuario una relación similar a la de cualquier trabajador con su supervisor. Son tareas asignadas según los hábitos y habilidades que se quieren entrenar con cada uno de los usuarios.

Siempre se refuerzan las iniciativas aunque no conduzcan a la realización perfecta de la tarea y se fomenta la independencia con los pasos sucesivos que cada persona requiera. El entrenamiento en habilidades sociales en el taller esta implícito en la propia actividad laboral y en las relaciones naturales que se establecen entre los compañeros de trabajo. Un proceso continuo de evaluación irá dando las pautas de actuación con cada usuario en cada momento.

TABLA 1.
IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES Y HABILIDADES LABORALES

VARIABLES	FACTORES INFLUYENTES
1. Asistencia	La motivación es el factor más influyente en el grado de asistencia para iniciar la rehabilitación. La responsabilidad de ser protagonista del proceso rehabilitador. La conciencia clara de los beneficios del trabajo.
2. Puntualidad	Dificultades solventadas con instrucciones flexibles del supervisor o jefe. Trabajo en equipo (elimina los retrasos injustificados).
3. Aseo y Cuidado Personal	Refuerzo positivo de las conductas de higiene adecuadas. Inclusión del individuo en grupos donde sus compañeros cuiden de su aseo y apariencia. Uso de registros y auto-registros de higiene personal.
4. Actitud frente al trabajo	Grado de motivación, experiencia laboral y tipo de tarea. Respeto del tiempo de adaptación de cada trabajador. Aumento progresivo de las exigencias a lo largo del proceso de rehabilitación. Pautas constantes para regular el ritmo de trabajo. Pausas periódicas durante el período de adaptación, que con el tiempo irán reduciéndose.
5. Organización y realización de las tareas	Estructuración y explicación de la secuencia de cualquier tarea por parte del supervisor o jefe. Muestra de la importancia del trabajo de cada trabajador respecto a la tarea final. Enfoque de la tarea del individuo en el grupo de trabajadores hacia la interacción. La toma de iniciativas personales y su protagonismo claro en la realización de la tarea.
6. Comprensión de instrucciones, memoria y capacidad de atención y concentración	Deterioro cognitivo determina estos hábitos laborales. Entrenamiento pautado y graduado durante la tarea. Instrucciones dadas de forma gradual. Comprobación por parte del tutor de que las instrucciones son comprendidas. Sólo en caso necesario, realización por el tutor de la secuencia ante el trabajador y anotación de la secuencia de instrucciones para que cada trabajador pueda consultarla cuando tenga dudas, retirando este apoyo escrito progresivamente.
7. Relación laboral entre trabajador y jefe	Definición dada de la figura del supervisor al trabajador. Apoyo encaminado o no a resolver dificultades formativo-laborales. establecidas en el Programa Individual de Intervención. Contacto ceñido a la relación estrictamente profesional. Conocimiento por parte del supervisor de: Las circunstancias terapéuticas que influyen en los aspectos laborales. Características de las personas afectadas por una enfermedad mental.
8. Iniciativa	Capacidad o incapacidad del sujeto para dar directrices. Dificultades para planificar y organizar. Afrontamiento de la tarea de forma autónoma o dependiente (demanda o no ayuda de forma prematura). Causas de la falta de iniciativa: Falta de conciencia clara de las consecuencias (las exagera o no presta atención) y miedo al equivocarse.
9. Reacción al trabajo repetitivo o a los cambios	Acercamiento progresivo a la tarea repetitiva, aumentando poco a poco el tiempo de trabajo. Respeto del tiempo de adaptación personal al cambio de espacio, compañeros, tipo de tarea, etc.

Partiendo de las características generales que tiene todo taller pre-laboral rehabilitador, pasaremos a exponer cuáles fueron los criterios de inclusión en nuestro taller de reciclado de papel y pintura, al que acuden los enfermos ingresados en la Unidad de Rehabilitación del Hospital "Los Montalvo" de Salamanca.

Los talleres pre-laborales y en concreto en el que hemos desarrollado este estudio, reúnen una serie de características que explica su valor rehabilitador. Las características más relevantes que tiene este taller, se resumen en la Tabla 2.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DE LOS TALLERES PRELABORALES: INICIATIVA LEGISLATIVA

El taller rehabilitador reproduce un marco de trabajo normalizado
El taller rehabilitador tiene carácter polivalente y multidisciplinar
El taller rehabilitador no tiene carácter productivo
El taller rehabilitador no es específicamente formativo
La tarea propiamente dicha la establece el supervisor o Jefe de Taller
El taller rehabilitador debe contribuir a despertar y consolidar intereses vocacionales y modificar aquéllos que estén desajustados
El taller rehabilitador debe ser un ámbito de trabajo abierto y propiciar, si fuera necesario, el acceso a la formación reglada de sus miembros
El taller debe proporcionar apoyo a la formación del usuario fuera del modelo, de las siguientes formas...
El taller rehabilitador debe tener un planteamiento práctico y verosímil

3.5.2. Actividades

Cada una de las actividades que se vienen realizando en el taller están definidas con su grado de dificultad que se indica para cada uno de los usuarios en cada momento.

A continuación, destacamos por orden de realización, el nivel de dificultad de cada una de ellas:

- Recogida de papel en grupo: Nivel muy bajo.
- Selección y clasificación del papel: Nivel bajo.
- Almacenar y colocar papel (clasificado): Nivel medio.
- Trocear papel grado de dificultad: Nivel muy bajo.
- Elaborar pasta de papel para láminas: Nivel alto.
- Elaborar pasta de papel para modelar: Nivel alto.
- Utilizar batidora: Nivel bajo.
- *Trabajar técnicas de papel maché: Nivel muy alto.*

Elaborar las láminas de papel reciclado tiene un grado de dificultad entre medio y alto según sea su calidad. El proceso conlleva:

- *Coger papel del agua,*
- *Secar la lámina y tender en el secadero.*
- *Recoger las láminas y separarlas del fieltro con una dificultad media.*
- *Clasificar y ordenar las láminas con una baja dificultad, al igual que;*
- *romper y doblar cartones,*
- *limpiar materiales y herramientas utilizadas,*
- *barrer y fregar espacios,*
- *así como cargar y descargar el camión o la furgoneta empleada para la recogida diaria.*

También elaboramos algunos objetos como carpetas de gomas, cuadros con flores secas o tarjetas postales cuyo grado de dificultad es alto. Su primer trabajo se lo quedan, motivándolos para que se lo regalen a otra persona o para guardar sus documentos importantes. Los demás son para el taller, o se venden a la Unidad, empleando ese dinero en una merienda para todos aquellos que trabajaron en su elaboración y que se encuentren ingresados.

3.6. PARTICIPANTES

La muestra, compuesta por 32 personas, pertenece al grupo de enfermos mentales crónicos ingresados en la Unidad de Rehabilitación del Hospital "Los Montalvos" de Salamanca, y que acuden al taller de reciclado de papel. Incluye por tanto a pacientes ya desinstitutionalizados atendidos en la red ambulatoria y remitidos por las Unidad de Hospitalización o Equipos de Salud Mental, pero que precisan todo tipo de servicios sanitarios y sociales y tienen una alta tasa de reingresos (véase Tabla 3: Categorías diagnósticas). Destacar que su estancia media el pasado año fue de 84 días.

Además todos los participantes cumplen con los criterios establecidos de antemano para su inclusión en el taller pre-laboral:

- Padecer algún tipo de problema de salud mental de carácter severo y persistente,
- haber sido derivado, al programa o a alguno de los dispositivos concretos del mismo, por los servicios públicos de salud mental de la Comunidad Autónoma, tras la correspondiente evaluación, indicación técnica y responsabilización del seguimiento sanitario (plan individualizado),
- estar en condiciones de seguir las actuaciones concretas del programa y/o subprogramas específicos que se determinen como más convenientes, lo que significa:
 - Un mínimo de motivación.
 - La ausencia de manifestaciones sintomatológicas que dificulten la relación con el personal y/o los compañeros, y la posibilidad razonable de control.
 - Una razonable expectativa de desempeño de las actividades correspondientes.

A continuación describiremos algunas de las características más relevantes del perfil de los participantes en nuestro estudio de evaluación. Conocer y analizar algunas de ellas, nos ayudarán a la hora de interpretar los resultados obtenidos tras la aplicación del Perfil de Personalidad Laboral.

Como puede apreciarse en la Tabla 3, más de la mitad de las personas que participaron en nuestro estudio, 71,7% (n=23) fueron diagnosticados predominantemente de esquizofrenia.

TABLA 3
CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico	Frecuencias	Porcentajes
Trastornos del estado de ánimo		
Trastorno bipolar	3	9,4
Depresión mayor recurrente	1	3,1
Total	4	12,5
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		
Esquizofrenia paranoide	10	31,3
Esquizofrenia residual	5	15,6
Trastorno Dual: Esquizoafectivo y Alucinosis Alcohólica	3	9,3
Trastorno esquizoafectivo	2	6,2
Trastorno Dual: Esquizoafectivo y Retraso Mental	1	3,1
Trastorno esquizofreniforme	1	3,1
Esquizofrenia sin tipificar	1	3,1
Total	23	71,7
Trastornos de la personalidad		
Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Límite de la Personalidad	1	3,1
Trastorno Histriónico (Límite) de la Personalidad	2	6,2
Trastorno Esquizoide de la Personalidad		
Trastorno de Personalidad Indiferenciado (Fase Maniaca)	1	3,1
Total	5	15,5

En la Tabla 4 sobre las características sociodemográficas de la muestra de nuestro estudio, se refleja la homogeneidad en cuanto al sexo y la edad. En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad mental, la mayoría no tienen (53,1%), o no son conocidos (25%).

TABLA 4
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	17	53,125
Mujer	15	46,875
Total	32	100,0
Edad		
0-39	10	31,25
40-48	11	34,375
Más de 48	11	34,375
Total	32	100,0
Antecedentes familiares		
No	17	53,1
Desconocidos	8	25
Hermanos	4	12,5
Padres	1	3,1
Abuelos	1	3,1
Otros	1	3,1
Total	32	100,0
Experiencia laboral previa		
No	12	38,70
Sí	19	61,29
Total	31	100,0
Nivel de estudios		
Primarios	19	61,29
Secundarios	8	25,806
Universitarios	4	12,90
Total	31	100,0
Incapacitación		
No	27	87,096
Sí	4	12,90
Total	31	100,0
Tipo de pensión		
Invalidez	12	48
Minusvalía	13	52
Total	25	100,0

Si analizamos la existencia o no de experiencias laborales, no encontramos diferencias significativas, aunque es mayor el porcentaje de personas que sí la tienen (61,29%).

Considerando el nivel de estudios como otra variable sociodemográfica importante en nuestro trabajo, vemos que la mayoría tan sólo cuentan con los estudios primarios (61,29%).

Finalmente, aunque no existen diferencias significativas, la mayoría de las personas de nuestro estudio participan en el programa de automedicación (64,5%), llevando más de 1 mes en el mismo (55%).

Además, si tenemos en cuenta la adherencia al tratamiento, vemos que existe un alto porcentaje de personas que toman la medicación siempre sin problemas (80,6%). En cuanto al comienzo de la enfermedad, hay homogeneidad, siendo de comienzo en la mayoría de los casos, posterior a 1991 (41,3%) y la edad de comienzo posterior a los 23 años (68,9%). En cuanto a la edad del primer ingreso en la Unidad, no encontramos diferencias significativas entre los tres grupos de edad que establecimos. Aunque tampoco existen en cuanto a la duración de la enfermedad, vemos que la mayoría de las personas llevan más de 15 años con su enfermedad (41,3%). Considerando el número de ingresos en la Unidad, un 38,7% tuvieron tan sólo un ingreso. Y por último, si tenemos en cuenta el tipo de altas que se dieron en la Unidad, aunque tampoco existieron diferencias significativas, la mayoría fueron por remisión (46,6%).

4. RESULTADOS

A continuación, vamos a evaluar los resultados que obtuvimos tras la aplicación del Perfil de Personalidad Laboral. En primer lugar, analizaremos las correlaciones entre factores y habilidades laborales y variables clínicas y sociodemográficas. En un segundo momento, analizaremos las diferencias encontradas en función de las variables clínicas y sociodemográficas, teniendo en cuenta nuestras dos hipótesis generales.

4.1. CONCLUSIONES RESPECTO A LOS FACTORES LABORALES

A continuación, vamos a comentar algunas cuestiones acerca de los factores más destacados en función de las variables evaluadas, centrándonos en aquéllos en los que se registran las mayores y menores puntuaciones.

En el *Factor 3: Motivación Laboral*, se analiza el interés de una persona hacia su trabajo a través de comportamientos que demuestran aceptación del rol laboral, persistencia, ajuste a los cambios y trabajo cooperativo.

Un trabajador motivado inicia las tareas a tiempo, sigue instrucciones de modo adecuado, demuestra buena voluntad tanto en tareas nuevas como en aquellas rutinarias y trabaja apropiadamente en grupo (Macías, DeCarlo, Wang, Frey y Barreira, 2001). Esto puede explicar el que las puntuaciones obtenidas en este factor, no sean de las más bajas, situándose en la mayoría de los análisis por encima del Factor 2: Habilidades Sociales.

El *Factor 4: Adaptación al trabajo*, es uno de los que registran puntuaciones más elevadas, sobre todo en sus habilidades Grado de Ansiedad-Confort con el supervisor y relación con el supervisor.

La mayoría de los estudios que analizan este factor y sus habilidades, se centran en analizar la capacidad para afrontar los factores estresantes del entorno laboral y responder satisfactoriamente ante situaciones adversas, como las correcciones del jefe (Gates, 2000; Kokko, Pulkkinen y Puustinen, 2000; Mowbray, Moxley y Collins, 1998; Tse, 1999). El lugar de trabajo es también una de las variables que más se ha estudiado a la hora de evaluar la adaptación al trabajo y en concreto la capacidad de la persona para hacer frente a las circunstancias o condiciones de trabajo que le causan ansiedad o malestar en general.

En general, de todos los análisis efectuados, vemos que las puntuaciones más altas son las del *Factor 5: Aceptación de la figura de Autoridad*. Se puede considerar como un signo de bienestar y ausencia de maltrato institucional o de abusos de poder por parte de las figuras de

autoridad. También se relaciona con el respeto mutuo, por lo que se puede decir que predomina esta actitud entre unos y otros.

La capacidad para aceptar la autoridad de otras personas es por tanto un primer requisito para adquirir o mejorar otros factores y habilidades laborales, como son la orientación a la tarea, las habilidades sociales, la motivación laboral y la adaptación al trabajo. Como es lógico, cuando uno no está a gusto con quién trabaja, es muy difícil que esté motivado para trabajar, que desarrolle adecuadamente las tareas que le son encomendadas, que se relacione adecuadamente con sus compañeros de trabajo, etc. (Gates, 2000; Nordenmark, 1999).

A continuación, comentaremos algunos aspectos importantes y más específicos en cuanto a la relación de algunos factores con algunas variables clínicas y sociodemográficas, que nos ayudarán a comprender e interpretar los resultados que obtuvimos de los análisis.

4.2. CONCLUSIONES RESPECTO A LAS HABILIDADES LABORALES

Las puntuaciones más bajas son registradas en las habilidades 5 y 9 (*Independencia y Trabajo en Equipo*), que forman parte del *Factor 2: Habilidades Sociales*. Una apropiada capacidad para *trabajar en equipo* se refleja en el gusto por trabajar en tareas conjuntas y en aportaciones al grupo (Becker y otros, 1998; Dixon, Hackman y Lehman, 1997). Muchos estudios avalan estos resultados y dado que el *trabajo en equipo* es una de las habilidades sociales más complejas, es lógico que las personas con esta discapacidad, tengan grandes dificultades para desarrollar este tipo de tareas que implican el tener que establecer una relación de cooperación con otras personas (Becker y otros, 1998).

En cuanto a la habilidad de *independencia*, vemos que se ha estudiado más la de tipo económico y sobre todo en mujeres con diagnóstico de depresión, ya que son las que mayores desventajas han presentado hasta hace unos años (Turner y Turner, 1999).

Otra de las habilidades en las que observamos déficit en esta población, es la *socialización con compañeros* (Habilidad 10). Las dificultades que tienen a la hora de establecer vínculos amistosos con los demás trabajadores, se refleja en los déficit en su funcionamiento interpersonal, y en concreto, en comportamientos tales como el demostrar interés en los demás; acercarse a otros con el fin de establecer vínculos sociales e interactuar tranquila y respetuosamente con los demás (Becker y otros, 1998; Bybee, Bellamy y Mowbray, 2000).

También observamos que existen grandes déficit en las *habilidades de comunicación social* (Habilidad 11). Se observa en comportamientos como; iniciar conversaciones; responder ante iniciativas conversacionales de otros y mantener una conversación fluida con las personas de su entorno (respetar turnos, mantener el tópico de conversación, manejar normas de cortesía). También permite expresar acuerdos y desacuerdos, gustos e inconformidades de modo adecuado (Gates, 2000; McNair, Highet, Hickie y Davenport, 2002).

En cuanto a las diferencias encontradas en función de la experiencia laboral previa, a favor de quienes la tienen, son significativas en las habilidades 2 y 7 (*Seguimiento de instrucciones y Grado de Ansiedad-Confort con el supervisor*). Algunos estudios que analizan el rendimiento laboral, encuentran que realmente una persona con experiencia laboral, tiene más facilidad para llevar a cabo las tareas indicadas por un superior, que si no la tuviera (Bond, Drake, Mueser y Becker, 1997; Gates, 2000; Mowbray, Moxley y Collins, 1998; Rapport, Todd, Lumley, Fisicaro, 1998; Tsang, Lam y Leung, 2000). También es normal que se relacione con sus jefes con menos ansiedad y estrés que aquellas otras personas que nunca han trabajado y que se enfrentan por primera vez al mundo laboral, con todas las dificultades y responsabilidades que ello conlleva.

5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS O PROPUESTAS PARA POSTERIORES ESTUDIOS

Antes de pasar a exponer las propuestas para futuros estudios de evaluación e intervenciones, mencionaremos algunas de las limitaciones que tiene el mismo.

5.1. LIMITACIONES

En primer lugar, teniendo en cuenta el tamaño reducido de la muestra seleccionada, es necesario replicar el mismo con una muestra más amplia. Ésta representa el espectro de patologías y pacientes normalmente atendidos en nuestra Unidad de Rehabilitación de Salamanca, por lo que la generalización de los resultados a otros medios debería hacerse con cautela.

En segundo lugar, ante la complejidad de relaciones que pueden establecerse al evaluar las habilidades y factores laborales, se debe seguir profundizando en ellas, recogiendo más datos de otras variables de la persona y de su ambiente, no contempladas en nuestro trabajo.

En tercer lugar, debemos continuar contrastando la información obtenida con otras fuentes documentales que enriquezcan más nuestro trabajo, teniendo en cuenta los logros alcanzados por la investigación básica y aplicada en el área de la integración y rehabilitación laboral. Y por último y no menos importante, otra limitación tiene que ver con el tema de la generalización de los resultados. Aunque en nuestra muestra, no se halle variabilidad en cuanto a la procedencia de los participantes o al diagnóstico, podemos encontrarla en función de otras variables clínicas y sociales, con lo cual quedaría garantizada una cierta variabilidad en ambas áreas, y una adecuada validez externa de los resultados presentados. Por ello, debemos continuar en esta línea, y llevar a cabo este tipo de estudios.

5.2. PROPUESTAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PARA FUTUROS ESTUDIOS

Si repasamos las intervenciones necesarias en el marco de un programa global, tenemos que señalar que el proceso de incorporación /reincorporación al empleo de pacientes psicóticos (objetivo máximo del Programa que, aunque no sea alcanzable para todos, debería ser la guía general, al menos inicial, de cada programa individualizado), precisa la articulación de, al menos, las siguientes propuestas o sugerencias para la evaluación e intervención:

Propuestas de evaluación

De cara a la mejora de la calidad de muchos estudios de evaluación y a la eficacia de posteriores intervenciones y programas rehabilitación laboral, debemos tener en cuenta una serie de sugerencias que definan y analicen con mayor rigor metodológico el tema de la integración y rehabilitación laboral de un colectivo tan olvidado por la investigación básica y aplicada como es el de los enfermos mentales crónicos:

- *La evaluación de necesidades y posibilidades* del usuario en el ámbito de la ocupación y el empleo, teniendo en cuenta su historia previa, situación actual, aspiraciones y deseos, etc. Evaluación que incluye la elaboración de un itinerario personalizado (Paulson, Post, Herinckx y Risser, 2002).
- *Estudios de evaluación centrados en el análisis de la variable "tipo de ingresos y altas"*, que se dan desde diferentes servicios sociosanitarios (Unidades de Rehabilitación, Hospitales de Día, y demás dispositivos de la red asistencial psiquiátrica).

- *Definición de alternativas de empleo*, lo más amplia y variada posible, con distinto nivel de protección al empleo ordinario (Pernice y Long, 1996).
- *La definición de una tipología de recursos*, de cara al trabajo futuro. Parece conveniente ampliarla, a la vez que se procede a reorientar el funcionamiento de alguno de los actualmente existentes, intentando al mismo tiempo equilibrar la composición de la red y su distribución territorial.
- *Diseñar más instrumentos de evaluación específicos para población adulta*, puesto que la mayoría de los que existen, van dirigidos a los jóvenes que están finalizando su período de formación básica o profesional y se encuentran en la etapa de transición a la vida adulta (Verdugo y Jenaro, 1995).

Propuestas de intervención

El desarrollo práctico del siguiente programa en nuestra Comunidad Autónoma de Castilla y León, puede resumirse básicamente en dos tipos de actuaciones que teniendo en cuenta los objetivos de nuestro trabajo, consideramos necesarias que se inicien no sólo a nivel nacional o autonómico, sino también local:

- a) *El desarrollo de cursos específicos de formación profesional en el puesto de trabajo, según el modelo de Empleo con Apoyo*, adaptados a la oferta general de la Consejería de Trabajo.
- b) *La creación y consolidación de empresas sociales* como mecanismo específico para la generación de empleo estable para algunos usuarios, a la vez que instrumento para favorecer cambios de mentalidad a más largo plazo en los distintos agentes implicados en este tipo de programas. Creación y consolidación en la que, habitualmente, han desempeñado un papel central los proyectos de formación desarrollados en el marco de programas europeos.

Las siguientes actuaciones del programa son opcionales y deben aplicarse en función de las características individuales de cada enfermo (Becker, Torrey, Toscano, Wyzik y Fox, 1998; Clark, Xie, Becker y Brake, 1998).

Este conjunto de intervenciones propuestas, deberían estar disponibles en ámbitos territoriales razonables, organizadas de manera global y coordinada, siendo accesibles a los distintos usuarios que las precisen, en el marco de programas o itinerarios individualizados (Paulson, Post, Herinckx y Risser, 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becker, D.R., Torrey, W.C., Toscano, R., Wyzik, P.F. y Fox, T.S. (1998). Building recovery-oriented services: Lessons from implementing Individual Placement and Support (IPS) in community mental health centers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 51-54.
- Becker, D.R., Drake, R.E., Bond, G.R., Xie, H.Y., Dain, B.J. y Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*, 34(1), 71-82.
- Bolton, B. y Roessler, R. (1986). Perfil de Personalidad Laboral. Centro de Investigación y Entrenamiento en Rehabilitación Vocacional de Arkansas. Universidad de Arkansas, Fayetteville. Servicio de Rehabilitación de Arkansas.

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. y Becker, D.R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48 (3), 335-346.
- Bybee, D., Bellamy, C. y Mowbray, C.T. (2000). Analysis of participation in an innovative psychiatric rehabilitation intervention: supported education. *Evaluation and Program Planning*, 23 (1), 41-52.
- Clark, R.E. (1998). Supported employment and managed care: Can they coexist? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 62-68.
- Clark, R.E., Xie, H.Y., Becker, D.R. y Brake, R.E. (1998). Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 25 (1), 22-34.
- Dixon, L., Hackman, A. y Lehman, A. (1997). Consumers as staff in assertive community treatment programs. *Administration and Policy in Mental Health*, 25 (2), 199-208.
- Drake, R.E. (1998). A brief history of the Individual Placement and Support model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (1), 3-7.
- Fortney, J., Rost, K. y Zhang, M.L. (1998). A joint choice model of the decision to seek depression treatment and choice of provider sector. *Medical Care*, 36 (3).
- Gates, L.B. (2000). Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10 (1), 85-98.
- Herzig, H. y Thole, B. (1998). Employers' attitudes towards employment of people with mental illnesses in Mzuzu, Malawi. *East African Medical Journal*, 75 (7), 428-431.
- Kokko, K., Pulkkinen, L. y Puustinen, M. (2000). Selection into long-term unemployment and its psychological consequences. *International Journal of Behavioral Development*, 24 (3), 310-320.
- Macias, C., DeCarlo, L.T., Wang, Q., Frey, J. y Barreira, P. (2001). Work interest as a predictor of competitive employment: Policy implications for psychiatric rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health*, 28 (4), 279-297.
- McCarthy, D., Thompson, D. y Olson, S. (1998). Planning a statewide project to convert day treatment to supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (1), 30-33.
- McNair, B.G., Highet, N.J., Hickie, I.B. y Davenport, T.A. (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *Medical Journal of Australia*, 176 Suppl. S, S69-S76.
- Mitchell, D. (1998). Promoting enjoyment and self-belief through work rehabilitation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (6), 344-350.
- Mowbray, C.T., Moxley, D.P. y Collins, M.E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 25 (4), 397-411.
- Nordenmark, M. (1999). Non-financial employment motivation and well-being in different labour market situations: A longitudinal study. *Work Employment and Society*, 13 (4), 601-620.
- Paulson, R.I., Post, R.L., Herinckx, H.A. y Risser, P. (2002). Beyond components: Using fidelity scales to measure and assure choice in program implementation and quality assurance. *Community Mental Health Journal*, 38(2), 119-128.
- Pernice, R. y Long, N. (1996). Long-term unemployment, employment attitudes and mental health. *Australian Journal of Social Issues*, 31 (3), 311-326.
- Rapport, L.J., Todd, R.M., Lumley, M.A., Fiscaro, S.A. (1998). The diagnostic meaning of «nervous breakdown» among lay populations. *Journal of Personality Assessment*, 71 (2), 242-252.
- Schneider, J. (1998). Models of specialist employment for people with mental health problems. *Health and Social Care in the Community*, 6 (2), 120-129.
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B., Seebohm, P. (2002). Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental health problems for employment support services. *Disability and Society*, 17(4), 403-418.
- Shepherd, G. (1996). Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. Aldaz, J. Y Vázquez, C. *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Torrey, W.C., Mead, S. y Ross, G. (1998). Addressing the social needs of mental health consumers when day treatment programs convert to supported employment: Can consumer-run services play a role? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (1), 73-75.
- Torrey, W.C., Bebout, R., Kline, J., Becker, D.R., Alverson, M., Drake, R.E. (1998). Practice guidelines for clinicians working in programs providing integrated vocational and clinical services for persons with severe mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 388-393.
- Tsang, H., Lam, P. y Leung, O. (2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: A review of the literature since the mid '80s. *Journal of Rehabilitation*, 66 (2), 19-31.
- Tse, S.S.K. (1999). The nuisance factor: A study of daily stress for people with long-term psychiatric disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 65 (2), 36-41.
- Turner, H.A. y Turner, R.J. (1999). Gender, social status, and emotional reliance. *Journal of Health and Social Behavior*, 40 (4), 360-373.
- Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., Villatero, J. (1989). Evaluación del funcionamiento psicosocial en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública Mexicana*, 31(5)674-687.
- Valencia, M. (1991). Cuestionario de seguimiento del paciente. México, D.F.: Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Verdugo, M. A., y Jenaro, C. (1993a). Una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad: El Empleo con Apoyo. Siglo Cero, nº 147, vol. 24(3), pp. 5-12.
- Verdugo, M. A., y Jenaro, C. (1993b). Evaluación Profesional de personas con discapacidad. En M. A. Verdugo (Dir.), Evaluación Curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A., y Jenaro, C. (1995). La formación profesional y la transición a la vida adulta. En M. A. Verdugo (Dir.), Personas con Discapacidad. Perspectivas Psicopedagógicas y Educativas. Madrid: Siglo XXI.
- Warner, R., De Girolamo, G., Beilelli, G., Bologna, C., Fioritti, A. y Rosini, G. (1998). The quality of life of people with schizophrenia in Boulder.

O TRABALHO NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL CRÓNICA

A EXPERIÊNCIA DO FORUM SÓCIO OCUPACIONAL DA ASSOL
ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DE LAFÕES
COMUNICAÇÃO DA ASSOL

Mário do Carmo Pereira

Mário Pereira

Director Técnico

ASSOL - Associação de Solidariedade Social de Lafões

Oliveira de Frades - Portugal

1. APRESENTAÇÃO DA ASSOL

A ASSOL - Associação de Solidariedade Social de Lafões é uma ONG sem fins lucrativos, fundada em 1987, cujo objectivo era o apoio à integração social de pessoas com deficiência mas, que em 1996, decidiu alargar a sua actividade a pessoas com problemas de saúde mental.

Lafões é um vale formado pelas serras do Caramulo e da Gralheira. No meio corre o rio Vouga, situa-se no centro/norte de Portugal. Tem 42 000 habitantes e 600 quilómetros quadrados.

Tem três municípios: Oliveira de Frades, Vouzela e S. Pedro do Sul.

A distância à costa é de 60 km, a Viseu 30, a Lisboa 300 e a Salamanca e 270.

Desde 1989 a região é atravessada pelo IP 5 - estrada que liga Portugal a Salamanca e daqui até à Europa.

A economia foi até há poucos anos fundada na agricultura de subsistência.

Hoje tem uma actividade industrial importante e na agricultura o produto mais importante é a criação de aves.

Até há 10 anos era uma região de onde emigravam muitas pessoas para o litoral ou para o estrangeiro. Hoje já tem muitos trabalhadores imigrantes vindos dos países do leste da Europa.

A mudança da economia rural, em que as pessoas viviam em aldeias pequenas de onde só saíam para fazer compras ou tratar de documentos, para uma economia em que as pessoas activas trabalham fora das aldeias e muitas delas mudaram para as sedes dos municípios é um factor que complicou a vida das pessoas com deficiência e situações de doença mental.

As redes de apoios familiares e de vizinhos que funcionaram em comunidades pequenas desapareceram e a ASSOL assume como sua tarefa o apoio à rede social ainda existente e a criação de apoios profissionais, para que se possa combater a exclusão social destas pessoas.

A ASSOL iniciou a sua actividade em 1989, é pois uma organização ainda jovem.

A nossa primeira actividade foi a formação profissional para pessoas com deficiência mental, que continua a funcionar ainda hoje.

Seguiram-se em 1991 a criação de uma equipa técnica para apoiar a integração escolar de alunos com deficiência e a criação de um centro de actividades ocupacionais para pessoas adultas com deficiências graves

O Forum - Sócio Ocupacional - estrutura de apoio a pessoas com situações de doença mental crónica começou em 1999 com 25 pessoas e hoje é frequentado por 45 pessoas.

2. APRESENTAÇÃO DO FORUM SÓCIO OCUPACIONAL

O FORUM é um serviço em que a ASSOL tem como parceiro principal o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Teotónio de Viseu.

Todos os utilizadores do FORUM são seguidos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e quase todos tiveram antes uma longa relação com a Psiquiatria, nomeadamente diversos internamentos.

Foi a existência de um grupo de doentes que tinham internamentos sucessivos e já não tinham actividade profissional que conduziu a esta aproximação entre a ASSOL e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Hospital de S. Teotónio de Viseu para a criação do Forum Sócio Ocupacional.

Na divisão de tarefas a ASSOL tomou a seu cargo os programas sócio ocupacionais, pois já tinha experiência com pessoas com deficiência, e o Hospital assegura apoio médico, de enfermagem e serviço social.

O médico psiquiatra que trabalha com esta zona desloca-se ao Forum uma vez por mês para fazer consultas e para discussão de casos com a equipa do Forum.

Em situações de urgência as pessoas podem recorrer a consulta no Hospital.

Em situações de crise ou quando se verifica um grande risco de ela emergir o Hospital facilita o internamento das pessoas que em regra não ultrapassam 2 ou 3 semanas.

A equipa de enfermagem apoia os utentes que são medicados injectáveis.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital S. Teotónio de Viseu tem um serviço de apoio no domicílio das pessoas que, muito provavelmente, é o melhor que há em Portugal.

Com esta relação conseguimos reduzir o esforço que as pessoas necessitam fazer para acederem aos cuidados médicos e também por isso um dos aspectos mais positivos do Forum foi a melhoria da adesão às terapêuticas.

- *Pessoas apoiadas*

São apoiadas 45 que podemos dividir em dois grupos:

- Um grupo que representa 70% dos utilizadores e é formado por pessoas que tiveram durante alguns anos uma vida familiar, social e profissional dentro do que são os padrões médios no seu meio:

Estudaram, tiveram um emprego, algumas casaram e tiveram filhos.

Depois devido à sua doença ficaram afastadas da participação em muitas destas situações: deixaram de trabalhar; algumas foram abandonadas pelos maridos ou mulheres e mesmo pelos filhos; quase todas as pessoas reduziram ao mínimo a sua participação em ambientes sociais.

A maioria tem entre 35 e 50 anos de idade

- Um segundo grupo representa 30% dos utilizadores inclui pessoas cuja doença é um quadro evolutivo desde a juventude e que nunca tiveram um trabalho, nem constituíram família autónoma.

Em algumas destas situações coexistem quadros complexos e um pouco atípicos de deficiência mental e perturbações afectivas.

A maioria deste grupo vive com os seus pais e tem idades entre os 25 e 35 anos de idade.

Actividades que o Forum Oferece:

- apoio médico, psicológico e social
- actividades ocupacionais
- apoio à inserção profissional

- actividades criativas e expressivas

- apoio no domicílio

Apoio médico, psicológico e social

Fundamenta-se na colaboração com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Viseu. Da nossa equipa fazem também parte um psicólogo e um técnico de serviço social.

Actividades ocupacionais no Forum

Actualmente dispomos de ateliers: de electricidade e reparações de electrodomésticos, encadernação, artes criativas e cerâmica.

Podendo os utentes frequentar mais que um atelier.

Experiências Sócio profissionais no Exterior

Tentamos que os utentes que o desejam tenham possibilidade de trabalharem em ambientes típicos de trabalho

Em 2003 vinte (20) experimentam trabalhar em situações reais de trabalho.

Um grupo de 4 pessoas com maiores limitações vai acompanhada por um monitor para um fábrica, um dia por semana.

Actividades expressivas e expressão dramática

O objectivo é criar espaços de interacção em grupo e utilizando a debates, actividades culturais e recreativas e organização de actividades.

Apoio o domicílio

Algumas pessoas não querem sair de sua casa para irem ao Forum, nestes casos e quando elas querem, um técnico visita-as em casa todas as semanas

Outras

Participação em outras situações de vida

O objectivo é dar às pessoas a possibilidade de participarem no máximo possível em diferentes ambientes e situações sociais: visitas a museus, igrejas, lojas, passeios a cidades, etc.

Reuniões mensais dos utentes

Todos os meses fazemos uma reunião com os utentes em cada uma das unidades do Forum onde eles avaliam o desenvolvimento das actividades, apresentam sugestões e discutem todas as situações que queiram apresentar.

Espaços de convívio

Existe uma sala de convívio. O Forum tem dois jornais diários para leitura que um dos utentes é responsável por comprar.

O PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES DE APOIO

A negociação com cada utilizador é o método que usamos para estabelecer quais são as actividades em que ele participa ou quais as outras acções de apoio que vão ser desenvolvidas.

O Planeamento é centrado na pessoa e preocupa-se não apenas com a vida da pessoa no Forum mas procura abranger todas as actividades da vida da pessoa.

A preocupação é melhorar o funcionamento da pessoa, mas ainda mais importante é melhorar o seu estatuto comunitário.

O apoio que disponibilizamos é à medida dos pedidos de cada pessoa e nunca impomos acções que as pessoas não desejam.

Os desejos da pessoa podem não ser compatíveis com os meios existentes no Forum ou na comunidade daí a necessidade de um processo de negociação permanente.

Não existe nenhuma actividade obrigatória no Forum, as pessoas podem inclusivé optar por só vir um dia por mês ou por semana ou dizerem que não querem apoio nos próximos meses.

A única coisa que é obrigatória é o cumprimento do Acordo que foi negociado.

Para que este processo seja um processo livre é necessário um total respeito pela pessoa com quem negociamos e aceitar que o objectivo final é conseguirmos a acomodação dos apoios às necessidades e desejos de cada pessoa e não é negociar com a pessoa para a convencer a aceitar os apoios que no momento são facilmente disponíveis.

Este processo de negociação tem como resultado um ACORDO que é assinado pela ASSOL e pela pessoa.

Este acordo determina as actividades de apoio e as condições a cumprir pela ASSOL e pela pessoa.

A duração deste Acordo é variável, em função da motivação e das características da pessoa. Temos acordos feitos para durar um ano, outros acordos para seis meses e Acordos negociados mês a mês.

Além da negociação inicial é muito importante o processo de avaliação em que a auto avaliação é um elemento central, pois esta é a base para as adaptações a fazer.

3. IMPORTÂNCIA DO TRABALHO

Na nossa comunidade trabalhar é muito importante para o estatuto comunitário de cada pessoa.

Na nossa cultura o trabalho é considerado um dever de todas as pessoas. E o estatuto comunitário é ainda muito definido pela profissão da pessoa. Ser médico, juiz, professor, advogado, pedreiro, agricultor, operário ou não ter emprego é determinante para o valor que os outros atribuem ao nosso contributo para a comunidade.

Um dos aspectos mais marcantes da segregação das pessoas com doença mental acontece quando a pessoa deixa de trabalhar. Se uma pessoa tiver crises agudas mas conseguir continuar com um desempenho profissional aceitável a sua doença é muito melhor aceite.

As pessoas que ficam doentes e deixam de poder trabalhar são consideradas doentes! As que conseguem manter um desempenho profissional têm uma depressão, um esgotamento ou stress...!

Esta conotação do senso comum é muito importante para se compreender a importância que os nossos utilizadores dão ao trabalho.

Entre os objectivos de vida e sonhos que os utilizadores referem, ter um emprego é claramente o mais referido.

Só as pessoas que já não têm grande consciência do modo como os outros as vêem ou já assumiram para si próprias que são doentes mentais e que a sua situação não pode melhorar, não referem o emprego como um desejo.

O trabalho é muito importante, também por razões de autonomia financeira, pois os subsídios que as pessoa que não trabalham recebem variam entre os 150 e 200 euros por mês.

Com este dinheiro nenhuma pessoa tem condições para viver sem o suporte de familiares e nunca poderá aspirar a viver autonomamente.

Como o grande objectivo da ASSOL é assegurar às pessoas os apoios de que necessitam para realizarem os seus sonhos, criar condições para poderem trabalhar é uma consequência natural deste processo de apoio.

O Forum tem ateliers de encadernação, cerâmica, artes decorativas, limpeza de viaturas e reparação de electrodomésticos.

Estes trabalhos são realizados ao ritmo de cada pessoa e por isso não aceitamos encomendas de trabalhos nem temos uma grande preocupação com a sua venda, objectivo é que cada pessoa encontre os seus interesses e os seus ritmos.

Quando as pessoas se julgam capazes de trabalharem em ambientes naturais, procuramos, em conjunto com elas, uma actividade e um local de que gostem e onde possam ter amplo suporte natural.

A estas actividades chamamos Experiências Sócio profissionais.

4. ACTIVIDADES OCUPACIONAIS EM AMBIENTES DE TRABALHO - EXPERIÊNCIAS SÓCIO PROFISSIONAIS

Chamamos a estas actividades experiências sócio profissionais. Trata-se sempre de uma experiência, porque a qualquer momento pode ser interrompida por iniciativa da pessoa ou por iniciativa da empresa.

É uma experiência sócio profissional porque não estão em causa apenas aspectos da realização de um trabalho. Além de realizar algum trabalho é necessário que a pessoa mantenha boa interacção com colegas e supervisores.

Conseguir relacionar-se com novas pessoas, frequentar novos espaços e reagir às situações que se colocam em ambientes abertos são competências que se desenvolvem com estas experiências.

O trabalho da equipa da ASSOL é:

- procurar um local onde a pessoa possa realizar uma experiência
- seleccionar com a pessoa e com os responsáveis no local as tarefas que a pessoa pode realizar.
- ajudar a resolver os problemas com deslocações e refeições.

- estar sempre disponível para ser o mediador em qualquer situação que coloque as pessoas em dificuldade e comparecer no local da experiência sempre que a pessoa ou alguém da empresa solicita.

ENCONTRAR LOCAIS

A ASSOL trabalha desde 1990 em estreita relação com as empresas e serviços existentes na região. Pois desde esse ano que os nossos formandos das acções de formação profissional fazem estágios em empresas.

Um dos pontos fortes da ASSOL é um profundo conhecimento das empresas da região. A ASSOL ao longo de 10 anos já trabalhou com mais de 500 empresas e serviços diferentes.

Assim temos a possibilidade de oferecer às pessoas que querem realizar estas experiências diversas opções de escolha.

A grande dificuldade na nossa região são as deslocações, pois são poucas as pessoas que têm um transporte público entre a sua casa e o local onde podem fazer uma experiência.

SELECIONAR AS TAREFAS

Consideramos a motivação da pessoa para uma ou outra actividade e de seguida fazemos uma análise das tarefas que existem no local e avaliamos até que ponto são compatíveis com as motivações e as capacidades da pessoa.

Quando a pessoa se integra bem no grupo de trabalho no local as suas tarefas podem evoluir de acordo com a motivação e as capacidades que vai demonstrando.

HORÁRIOS

O Horário de trabalho de cada pessoa é feito de acordo com a sua motivação, as condições logísticas e o facto de existir ou não trabalho para a pessoa realizar.

Temos pessoas que fazem um horário igual aos colegas empregados 4 ou 5 dias por semana e pessoas que vão apenas 2 tardes ou 1 dia por semana.

LOGÍSTICA

A ASSOL assegura o transporte e em muitas situações paga as refeições em restaurantes para evitar outras deslocações.

ACOMPANHAMENTO

Um elemento da equipa tem como tarefa principal dar apoio aos utilizadores que realizam experiência no exterior.

Este acompanhamento obriga a ASSOL a ter um automóvel para uso deste elemento da equipa.

Uma das funções deste elemento da equipa é ser mediador sempre que se gera alguma dificuldade de relação ou algum conflito, muitas vezes serve de porta voz dos desejos da pessoa apoiada junto da empresa, por vezes para pedir aumento da sua gratificação pois a pessoa sente que relativamente ao trabalho que executa já merece uma maior gratificação, mas não tem coragem para o pedir.

Este acompanhamento inclui cuidados com a medicação da pessoa e com problemas que possam surgir em casa ou na sua comunidade.

GRATIFICAÇÕES

As empresas atribuem às pessoas um pagamento a título de gratificação e que é muito variável.

Temos situações em que as pessoas recebem 10 euros e situações em que podem receber 200 por mês.

Este trabalho em empresas não tem, em Portugal, legislação que o regule.

Não é um emprego. Trata-se de uma ocupação que oficialmente não é remunerada.

APOIOS AS EMPRESAS

As empresas não recebem qualquer apoio financeiro para colaborarem nestas experiências.

NÚMERO DE PESSOAS POR EMPRESA.

A regra é colocar uma pessoa por empresa.

Temos uma excepção em que 6 utilizadores do atelier da encadernação vão trabalhar com o seu monitor um dia por semana numa empresa que realiza diversos trabalhos em papel incluindo encadernação.

Deste grupo de seis, duas pessoas vão para essa fábrica mais dois dias por semana sózinhos.

REGRAS PRINCIPAIS

- só faz experiência sócio profissional quem o deseja
- todas as tarefas são possíveis desde que não tenham um elevado grau de risco e sejam tarefas efectivamente úteis,
- não se exigem nem horários nem gratificações iguais.

QUADRO RESUMO

Para finalizar vamos apresentar um quadro com informações que mostram a importância destas tarefas ocupacionais em situações reais de trabalho para os utilizadores do FORUM.

Além do sucesso que é para muitas pessoas conseguir estar num ambiente de trabalho durante algumas horas, desde 2000 temos a registar que 2 pessoas conseguiram emprego depois de uma situação de experiência.

Em 2003 fizeram experiências de trabalho no exterior 20 dos 45 utilizadores do Forum Sócio Ocupacional.

O próximo quadro resume a situação das pessoas, o trabalho que realizaram e a avaliação que fazem da experiência:

Idade	Sexo	Actividade e Horas dia ou semana	Duração	Dias de internamento neste período	Experiências nos últimos 2 anos	Auto avaliação em julho 2003
39	F	Fábrica de confecções todas as manhãs	3 meses	0	única	Quer manter a ocupação
47	F	Lavandaria Todos os dias	17 meses	0	única	Quer continuar com o trabalho
44	F	Centro de Saúde	36 meses	0	única	Quer continuar Todas as manhãs
30	F	Fábrica de confecções todas as manhãs	3 meses	0	Única	Desistiu e abandonou o Forum durante o Verão
46	F	Pastelaria (fábrica de bolos) 4 dias por semana	36 meses	0	Única	Quer continuar e há possibilidade de evoluir para emprego protegido
34	F	Fábrica de artigos de papel - 1 dia por semana acompanhada por um monitor	12 meses	20 dias	Única	Quer ir mais um dia para a fábrica
35	M	Centro de Saúde	9 meses	0	Única	Quer continuar Uma manhã por semana
51	M	Fábrica de artigos de papel - 1 dia por semana acompanhada por um monitor	12 meses	0	Única	Quer continuar
46	M	Quinta 3 dias por semana	18 meses	15 dias	2	Quer trabalhar mais dias
38	M	Fábrica de artigos de papel - 1 dia por semana acompanhada por um monitor e 2 dias com 1 colega	12 meses	0	Única	Quer continuar
42	M	Oficina de reparação automóvel três dias por semana	2 meses	0	3	Quer continuar e ir mais dias
35	M	Supermercado 2 dias por semana	4 meses mais 1 dia	0	única	Quer trabalhar
39	M	Loja de venda de telemóveis 5 dias por semana	24 meses	0	única	Quer continuara e melhorar o desempenho

36	M	Armazém de produtos agrícolas 5 dias por semana	4 meses	0	única	Quer continuar e dar menos faltas
32	M	Oficina de reparações automóveis 4 dias por semana	15 meses	15 mais 20 dias	única	Desistiu está nos ateliers mas quer tentar outra experiência
46	M	Fábrica de artigos de papel - 1 dia por semana acompanhado por um monitor e 2 dias com 1 colega	12 meses	0	Única	Quer continuar
46	M	Armazém de produtos agrícolas 3 dias por semana	16 meses	20 dias	única	Quer trabalhar mais 1 dia por semana
45	M	Empresa de electrodomésticos e frio. 5 dias por semana	18 meses	0	Única	Quer continuar e aperfeiçoar o trabalho
37	M	Tipografia 3 tardes por semana	12 meses	0	Única	Quer trabalhar 5 tardes por semana
30	M	Construção civil	2 meses	0	Única	Desistiu mas quer tentar outra experiência

A comunicação continua com apresentação de uma série de slides de pessoas em situações de trabalho.

CONCLUSÃO

O Trabalho ocupacional realizado em situações reais de trabalho é um instrumento de reabilitação das pessoas com doença mental com enormes potencialidades, porque:

- alarga a rede de contactos sociais da pessoa
- as pessoas voltam a acreditar nas suas capacidades
- a comunidade valoriza o seu contributo
- a maior estabilidade na sua vida permite-lhe manter o equilíbrio funcional com doses menores de medicamentos.
- o recurso ao internamento hospitalar tem agora o carácter de uma coisa extraordinária.

A auto avaliação que cada uma das 20 pessoas fez demonstra que 17 pessoas (85%) gostam e querem continuar e destas 6 (30%) quer trabalhar mais tempo no exterior.

Este é o primeiro e o último argumento para estarmos seguros da importância das experiências em ambientes normais de trabalho como instrumento de reabilitação de pessoas com doença mental crónica.

ATELIERS OCUPACIONAIS

Margarida Cordo
Casa Saúde Telhal. Portugal

Nesta apresentação é efectuada uma reflexão acerca do papel da reabilitação ocupacional no âmbito da reabilitação integral/reintegração da pessoa com doença mental, à qual se segue uma abordagem sumária dos diversos tipos de Ateliers ocupacionais que existem e das condições necessárias e suficientes. Antes da conclusão, na qual se apontam perspectivas e se fazem algumas propostas, supostamente inovadoras, serão passadas imagens dos diversos ateliers existentes na Casa de Saúde do Telhal, integrados numa rede de serviços de reabilitação que esta instituição já possui.

In this intervention it has been built on a reflection about the role of the occupational rehabilitation within the integral rehabilitation/reintegration of people with mental disease. After we make a synthesis of the several kinds of occupational workshops and of the sufficient and needed conditions. Before the conclusion, in which we discuss some inovative proposals, we will show some images about the several workshops we have in Casa de Saúde do Telhal, integrated in a network of rehabiliattion services this institution already has.

1. INTRODUÇÃO

Embora o objectivo desta comunicação não seja o de discutir aprofundadamente o papel da ocupação e do trabalho como elementos facilitadores da reabilitação de pessoas com doença mental, não pode deixar de dizer-se que, apesar da evolução das diferentes teorias que suportam esta tese, desde há muitas décadas, ela é dada como algo não refutável que, de uma forma ou de outra, traz evidentes benefícios e tem um papel insubstituível neste processo (o da *reabilitação psicossocial*).

Quando falamos de pessoas com doença mental crónica que se encontram internadas num hospital em regime de longo internamento ou mesmo naquelas que estão integradas nas suas famílias, presenciamos sistematicamente o agravamento da sintomatologia psicótica nos que passam o seu dia a dia sem uma *ocupação estruturada*. Aliás, nos hospitais, como se sabe, um dos principais obstáculos à evolução positiva da pessoa são os mecanismos associados à institucionalização, principalmente agravados, pela ociosidade.

Não vamos, naturalmente, falar, até por falta de conhecimentos para o fazer, das vantagens da terapia ocupacional nem naquilo que foi o florescimento da ergoterapia. No entanto, cabe-nos sublinhar, já desde o início, que não há reabilitação feita em massa; que não há reabilitação sem *avaliação funcional* prévia e sem *planos individuais* devidamente desenhados; que nem todos (ou muitos) se reabilitam para uma integração plena, nomeadamente no mercado de trabalho. Se o trabalho é uma necessidade, em termos de subsistência, não o é, decerto, uma exigência para todos, já que muitos não chegam a obtê-lo e dos que o obtêm alguns não são capazes de o manter.

Deve, pois, ficar claro que o papel da ocupação estruturada na vida do doente psiquiátrico não é o de contribuir para que mais tarde consiga obter e manter um emprego. O que aumenta as probabilidades de que isto aconteça, é, isso sim, o seu *percurso profissional anterior ao adoecimento* (e também o tempo decorrido entre o momento em que deixou o trabalho e o seu regresso a ele, já que, como sabemos, na actualidade, as transformações são vertiginosas e, sobretudo a evolução tecnológica pode tornar-se incontrolável). Quanto mais consistente e estável este tiver sido, maiores são as probabilidades de sucesso neste domínio. No entanto, para que isto ocorra, é, também, necessário atingir estabilidade no que se refere ao controlo da emergência de sintomas psicóticos positivos e negativos (é para isto que a ocupação estruturada directa e principalmente contribui).

O sucesso da intervenção/ocupação não pode ser apenas considerado quando o doente mantém o emprego no mercado aberto. Poderá haver aqueles cujo patamar superior seja manterem-no em emprego protegido ou mesmo os que só consigam integrar-se adequadamente em *ateliers de ocupação*, seja esta produtiva, criativa ou outra.

Segundo Liberman, para avaliar o *potencial dos programas de recuperação de emprego* (e nós acrescentamos também dos programas de ocupação estruturada) desta população, é necessário considerar diversos factores, de entre os quais se mencionam:

- O programa ocupacional concreto;
- A história e as competências laborais/ocupacionais de cada paciente;
- A história da incapacidade/doença psiquiátrica;
- O nível psicopatológico;
- O sistema de apoio social e familiar;
- As competências sociais;
- O nível de tolerância/vulnerabilidade ao stress;
- A adequação das abordagens;
- As opções terapêuticas disponíveis.

É, pois, necessário considerar que todas estas variáveis interagem umas com as outras e que, ainda segundo Liberman, pacientes com percursos profissionais e competências sociais semelhantes, podem reagir diferentemente perante situações de stress (serem diferentemente vulneráveis a este) e, por isso, terem objectivos laborais necessariamente diferentes.

2. ATELIERS OCUPACIONAIS

Usualmente, os *ateliers de ocupação* não estão integrados nos diversos modelos de emprego protegido, embora, quer numa circunstância, quer noutra, já que as exigências em termos de produtividade e de subsistência destas estruturas (no que concerne a autonomia financeira) são muito menores, os factores de stress ficam, também, significativamente reduzidos, o que aumenta, como é sabido as probabilidades de continuidade e do conseqüente sucesso. Os doentes podem, assim, integrar-se em actividades e permanecer nelas por longos períodos de tempo. Têm horários mais adequados (frequentemente adaptados às suas necessidades), são menos pressionados e a complexidade das tarefas é, geralmente, adaptada às suas competências (ou ao seu perfil). A articulação frequente com as equipas terapêuticas (nos casos em que estas estruturas não são criadas nas ou pelas instituições onde estas intervêm) funciona também como um valioso factor de protecção.

Estas estruturas permitem sempre ter em conta as *necessidades especiais* mínimas que esta população alvo terá toda a vida, não devendo ser ignorado o *apoio residencial* complementar para que não voltem ao Hospital. O *apoio às famílias*, considerando a autonomia do doente, que estas devem ajudar a gerir e respeitar, é um processo complementar fundamental, pensando na perspectiva da *reabilitação integral*.

Estas reflexões e a nossa experiência permitem-nos afirmar que os ateliers de ocupação são, para uns, *metas* e para outros, *espaços de transição* para o mercado de trabalho. O que importa é fomentar a *realização laboral*, como elemento facilitador da *integração socio-económica*, condição de *participação plena*, inerente ao *direito à cidadania*.

Se pensarmos nas pessoas mais autónomas, percebemos que é fundamental usar estas estruturas como “rampa de lançamento” para promover a transição para o *mercado aberto de trabalho*. Assim sendo, importa considerar entre outros aspectos:

- Discussão do *plano de transição* com o doente/deficiente;
- Estabelecimento de um acordo com o doente/deficiente, trabalhando e ajustando as suas *expectativas*;
- Elaboração de um *programa individual de transição*, tendo em conta *interesses, motivações, expectativas e avaliação funcional*;
- Inclusão, no programa de transição, de um sistema de apoio individual ao doente/deficiente, no sentido de aumentar a sua *autonomia e segurança*;
- Garantia de ser recebido de volta, no Atelier, caso a integração no mercado normal de trabalho corra mal;
- Garantia da existência de *peças de referência* que o apoiem;
- Compreensão da *motivação e do desejo de transição* do doente/deficiente;
- Oferta de *garantias de segurança* na empresa, mesmo antes de ser assinado o contrato;
- Necessidade de adaptar o *ritmo* e o *horário* à pessoa com doença/deficiência.

Importa fazer, agora, dois comentários, em jeito de “quase sugestão” – algumas *agências de emprego* deveriam possuir programas para a integração de pessoas com deficiência (e com doença mental), elaborados por técnicos com formação específica; a necessidade de sensibilizar e mudar a opinião pública, para a aceitação destas pessoas, é um trabalho imprescindível, mas que, pelo menos, em Portugal, tem sido muito pouco desenvolvido.

Claro que, com isto, não se pretende defender a criação de “guetos psiquiátricos” na comunidade, mas de uma *rede de apoio* que tem de ser suficientemente restrita para se obter o suporte necessário.

As pessoas com doença mental sonham com um mundo que pode ter outras “regras de jogo”, sendo elas que nos mostram que há muitas maneiras de ser feliz. Todos somos o que são os nossos sentimentos e é deles que temos de cuidar, indo ao encontro de uma adequada percepção do que elas sentem. Não nos cabe abusar da veleidade de acreditarmos que podemos adivinhar os sentimentos dos que nos rodeiam, sem sequer ouvirmos a sua opinião. Não somos os “donos do bom senso dos outros”, mesmo que esses outros sejam pessoas com doença mental. Estas também têm, entre outras, *necessidades de auto-realização* que não lhes podem ser vedadas.

Se pensarmos nestas pessoas como alguém que tem aspirações e desejos que não lhes podem ser negados, temos de dar, ainda, atenção a uma série de outros aspectos que, habitualmente, não são equacionados, mas que numa abordagem desta natureza, têm de ser tidos em conta:

- A necessidade e o direito a uma *orientação vocacional* adequada e a um *percurso formativo* de qualidade, como condição de maior sucesso;
- A necessidade de desenvolver *programas de educação para a cidadania*, sobretudo para os que já adoeceram ou foram institucionalizados há bastante tempo;
- A necessidade de se criarem serviços complementares de suporte;
- A necessidade de se criarem planos de trabalho compatíveis com os *planos individuais de reabilitação* de cada trabalhador com doença mental;

- A aposta na manutenção no envolvimento e motivação de cada trabalhador;
- A necessidade de os ajudar a estruturar tempos de lazer equilibrados, para, com estes, os ajudar também a aumentar a probabilidade de *satisfação e de sucesso*.

Ao abordar todas estas ideias, parece que estamos a falar de “cenários” ideais que nunca vão acontecer. No entanto, as regras das Nações Unidas sobre *igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência* (inclui, naturalmente, as pessoas com doença mental), preconizam apoio aos empresários para que estes adaptem os locais de trabalho e desenvolvam ajudas técnicas e novas tecnologias com este mesmo objectivo.

Apesar do que acaba de ser dito, todos sabemos que as *estruturas de transição* para pessoas com doença mental são discutíveis, já que, quanto possível, esta população deveria adquirir as competências de que necessita no local em que as vai usar. No entanto, elas são justificadas, já que, na sua maioria, estes trabalhadores não conseguiriam fazer uma integração plena e súbita, devendo, todos eles, efectuar um percurso mais ou menos gradual. Também isto justifica a existência de *clubes laborais* (insuficientes), nos quais as pessoas, durante algumas semanas e a tempo inteiro, são ajudadas a procurar um trabalho.

Os *ateliers de ocupação* não são mais do que estruturas adaptadas fora de estruturas especificamente laborais, que visam criar condições que permitam a estas “populações especiais” adquirir determinados hábitos/competências, que as façam gozar dos benefícios de uma ocupação estruturada. Eles devem ser estruturas simples (mais simples do que quaisquer outras) e constituir-se como *formas alternativas de trabalho*, sobretudo se pensarmos em *ateliers de actividades produtivas*.

O conhecimento do mercado de trabalho local permite criar ateliers que respondam às necessidades deste e, assim, aumentem a viabilidade da estrutura criada. Podem, ainda, criar-se *redes de ateliers* com actividades complementares entre si, que prestem serviços (também complementares) a diversas empresas das regiões.

No caso da nossa Instituição (Casa de Saúde do Telhal) desenvolvemos nestes ateliers as seguintes actividades:

- Montagem e embalagem de componentes eléctricas;
- Doçaria;
- Velas e outras peças decorativas;
- Serigrafia artística e serigrafia industrial (que resultou de uma acção de formação prévia, co-financiada pelo Fundo Social Europeu e Estado Português).

Para além dos contratos com empresas às quais prestamos serviços, aceitamos encomendas e participamos em exposições e exposições-venda, nas quais divulgamos e comercializamos os nossos produtos.

Alguns destes Ateliers estão integrados num projecto de Área de Dia que funciona nas instalações da Instituição.

Pensando nesta experiência que inclui ateliers de actividades produtivas integrados numa rede de serviços de reabilitação que concebemos e desenvolvemos, parecer-nos-ia útil que este tipo de estruturas pudessem articular com o Ministério do Trabalho, a fim de serem consideradas como uma das formas possíveis de *emprego protegido* (a par dos *Centros de Emprego Protegido*, dos *Enclaves*, das *Cooperativas de Solidariedade Social*).

Para além dos Ateliers de Actividades Produtivas, nos nossos serviços, existem, ainda *Ateliers de Ocupação Criativa*, nos quais se desenvolvem actividades culturais e Terapia pela Arte.

3. REFLEXÃO FINAL BREVE

O *princípio da igualdade* («Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei»), o *princípio da não discriminação* («Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social») e os *direitos à integridade pessoal*, bem como *à liberdade e à segurança*, consignados, entre outros, na Constituição da República Portuguesa, estão acima de todas as leis e nunca poderão ser ultrapassados.

Claro que, ao pensarmos na função dos Ateliers Ocupacionais no processo de reabilitação integral de pessoas com doença mental, percebemos que, de certa forma, alguns deles são postos em causa, dado que estas estruturas podem ser consideradas formas de discriminação positiva desta população. No entanto, se os seus utentes pudessem escolher, libertar-se-iam decerto da condição que os faz poderem beneficiar de tais serviços - o facto de serem pessoas com doença mental. Na nossa perspectiva, é este argumento que não permite contestar, sob o ponto de vista dos direitos humanos, a legitimidade da sua existência, alargamento e aperfeiçoamento sistemático.

Por outro lado, a falta de previsibilidade, a nível de projecto de vida, no que se refere às pessoas com doença mental, que é como quem diz o medo e a angústia face ao futuro no domínio da subsistência, são sempre um factor de insegurança, pelo menos potencial, o que não nos permite desresponsabilizar do facto de desenvolvermos continuamente estruturas de todo o tipo para combater mais este grave factor de stress e de redução de qualidade de vida.

Não havendo grandes especificações (oficiais ou generalizáveis) acerca dos Ateliers de Ocupação (sejam de que tipo forem), cabe-nos utilizar, para além do conhecimento teórico, a *criatividade* para inovar, aperfeiçoar e criar estruturas desta natureza que não se sobreponham às existentes em cada região, que tenham condições de subsistência (por isso mesmo) e que tenham potencial evolutivo quer em termos de progresso a curto prazo, quer em termos de capacidade de transformação e de adaptação dos serviços prestados, em função da imparável evolução, nomeadamente, tecnológica.

O que não se pode ignorar é que elas só fazem sentido se permitirem beneficiar as pessoas com doença mental que as frequentam.

Já que quase sempre os Ateliers Ocupacionais partem de muito pouco, terminarei este trabalho com uma frase de Goeth que, de certa forma, reproduz também o espírito do modo como temos desenvolvido o trabalho feito na nossa instituição:

“Construí a minha casa sobre o nada. É por isso que o mundo inteiro é meu”.

BIBLIOGRAFIA

As Regras das Nações Unidas sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência, Câmara Municipal de Lisboa, Fenacerci, Lisboa, 1998;

CORO, Margarida, *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental – Das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*, Climepsi Editores, Lisboa, 2003;

Direitos dos Cidadãos Doentes Mentais, Ministério da Justiça, Grupo de Apoio e Defesa Jurídica de Doentes Mentais, 2ª ed., 1993.

LEFF, Jullian, *Cuidados na Comunidade, Ilusão ou Realidade*, Climepsi Editores, Lisboa, 2000;

LIBERMAN, Bobert Paul, *Rehabilitacion Integral del Enfermo Mental Crónico*, Martinez Roca, Libros Universitários e Profesionales, Barcelona, 1993;

Open Employment - Strategies for the Transition from Sheltered to Open Employment, Helios II, Economic Integration, Final Report, Working Group 19, November, 1996;

Transition and Flexible Employment, Helios II, Economic Integration, Final Report, Working Group 17, November, 1996;

Transition Towards Work: A Concerted Action – Empowering Disabled People into Economic and Independent Life, Helios II, Economic Integration, Final Report, Working Group 2, November, 1996.

CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Ricardo Martínez Gallardo
Centro Especial de Empleo. Soria

Se describe el Centro Especial de Empleo ASOVICAUTO SL, perteneciente a la *Asociación de Familiares de Enfermos Psíquicos de Soria*, donde trabajan en régimen normalizado 16 enfermos psíquicos y 2 empleados válidos.

En junio de 2003 se cumplieron 5 años desde la puesta en marcha de este Centro y hemos realizado un estudio retrospectivo comparando 3 grupos de enfermos psíquicos con objeto de analizar, de manera objetiva, los beneficios que la inserción laboral produce en los enfermos psíquicos.

El primer grupo lo forman 16 pacientes esquizofrénicos reclutados aleatoriamente entre los pacientes derivados a la *Red de Salud Mental*. El segundo lo componen 16 pacientes esquizofrénicos que realizan actividades de *tipo ocupacional de manera reglada*. El tercer grupo lo componen 16 enfermos psíquicos pertenecientes a la plantilla del *Centro Especial de Empleo ASOVICAUTO SL*.

Se realiza un estudio retrospectivo del periodo 1998-2003, en el que se analizan las variables: número de ingresos, duración de los mismos e intervenciones en el Servicio de Urgencias, intentando objetivar la calidad de vida de los enfermos mediante una escala psicométrica.

Los resultados muestran una reducción, de manera estadísticamente significativa: tanto en el número de ingresos como en la duración de los mismos: del tercer grupo respecto al segundo y del segundo respecto al primero; así como del número de visitas al Servicio de Urgencias entre los empleados del CEE y los otros dos grupos. También muestran una abrumadora mejoría en la calidad de vida en el grupo de trabajadores en activo respecto del ocupacional y de éste sobre el que conforman los pacientes de la Red de Salud Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreasen, N.C. Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schizophr. Bull* 1991,17, 475-481.
- Burns, T., Raftery, J. Cost of schizophrenia in a randomized trial of homebased treatment. *Schizophr. Bull.* 1991, 17, 3: 407-410.
- Fraser SCA. Quality of life measurement in surgical practice. *Br. Jour. Surg.* 1993 80,163-169.
- Liberman, R.P. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Editorial Martínez Roca (1993). Barcelona.
- Watts, F.N. Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica. Editorial Noriega Limusa (1990), México.

Mesas Redondas

Sociedad civil y rehabilitación laboral

UN MODELO DE REHABILITACIÓN LABORAL DESDE LA INICIATIVA DE LA SOCIEDAD CIVIL

Teresa Orihuela Villameriel, Raquel Conde Díez, Pablo Gómez Conejo
Fundación INTRAS

1. EL TERCER SECTOR COMO LA VOZ DE LA SOCIEDAD CIVIL

A partir de los años 70 hay un interés creciente por el estudio del Tercer Sector. Con anterioridad se había prestado atención casi exclusiva por parte de los economistas a la empresa privada y a las entidades públicas (Palencia-Lefler, 2001). En estos últimos años nos encontramos ante un escenario muy dinámico y cambiante en el cual las clasificaciones se quedan rápidamente anticuadas, ya que las nuevas realidades emergentes hacen necesaria una nueva redefinición. Esto conlleva, que conceptos como el de Tercer Sector o el de Economía Social adquieran el carácter de "cajón de sastre".

Parece necesario, en el nuevo escenario en el que se enmarcan cada vez mayor número de actividades vinculadas a la rehabilitación y el empleo de personas con enfermedad mental, aclarar una serie de conceptos como Sociedad Civil, Tercer Sector, entidades no lucrativas y el concepto más reciente de Economía Social. Es frecuente la identificación del llamado Tercer Sector con el de Sociedad Civil, esta es una inadecuada utilización del concepto de Sociedad Civil que lleva a confusiones u errores frecuentes. El conocimiento sobre la composición y características del tejido Social es un tema bastante poco conocido, incluso para las propias organizaciones del Tercer Sector (MTAS, 1999). El Sector no lucrativo es una parte del concepto de Sociedad Civil que es un concepto mucho más amplio.

Para Linz y Stepan la Sociedad Civil es un concepto que abarca más que el sector no lucrativo o Tercer Sector "el espacio de la esfera pública donde grupos autoorganizados, movimientos e individuos, que son autónomos del gobierno, intentan articular valores, crear asociaciones y solidaridad, y hacer avanzar sus intereses" (Álvarez de Mon, 1998). En esta definición además del Tercer Sector estarían incluidas las empresas o la familia.

Primer sector: Sector no lucrativo público (administración)
Segundo sector: Sector lucrativo privado (empresa)
Tercer sector: Sector sin ánimo de lucro privado (Tercer Sector)

El Tercer Sector se ha constituido en un espacio definido por lo que no son el primer y segundo sector, es decir lo que no es sector público y empresa, convirtiéndose en un concepto que engloba organizaciones tan dispares como: cooperativas, organizaciones religiosas, asociaciones, fundaciones, clubes... (Álvarez de Mon, 1998).

La configuración y modo de organización del Tercer Sector en un país es una muestra del modelo social imperante. Así, en los países tradicionalmente democráticos como América del Norte y Europa Occidental, el Tercer Sector, engloba a entidades basadas en la movilización de la iniciativa civil y caracterizadas por una forma de funcionamiento que se asemeja más a una empresa que a la administración, con altos niveles de profesionalización, bajos costes administrativos y desarrollo importante de los fondos privados. La participación del Estado en estas entidades se reduce al apoyo puntual en algún proyecto concreto y a garantizar la transparencia en la gestión. Como contrapartida, estas entidades tienen una gran independencia respecto al Estado al cual no están sometidas por el clientelismo de las subvenciones. Son entidades autónomas que pueden preservar su propia fisonomía (Álvarez de Mon, 1998).

La gran expansión del Tercer Sector en Estados Unidos y la elevada participación de la sociedad americana en donativos y horas de trabajo voluntario nos obliga a conocer su modelo y tomar nota de algunos aspectos. Así pues, el éxito americano de este sector, cuantificado en dinero y horas de trabajo dedicadas por la sociedad americana, se debe a una apropiada rendición de cuentas y a la transparencia informativa, es decir, no sólo a trabajar

bien sino a transmitirlo adecuadamente (Álvarez de Mon, 1998). En Estados Unidos el tercer sector ocupa profesionalmente a 15 millones de americanos y cuenta con 60 millones de voluntarios, además el 80% de los adultos estadounidenses hace una contribución caritativa anual (Palencia-Lefler, 2001).

Por el contrario, la implicación con la población beneficiaria y la adecuación con las necesidades reales de los usuarios no son distintivo del Tercer Sector americano, ya que, están volcados al mercado de donantes más que al mercado de usuarios que en sentido estricto se trataría de beneficiarios.

Si bien, en Europa y con mayor intensidad en España un reto al que nos enfrentamos es ser capaces de mostrar a los donantes los resultados y los criterios de gestión seguidos para alcanzar los resultados de los proyectos sociales.

En las sociedades democráticas como la nuestra, la madurez democrática se basa en la intervención ciudadana y esta se manifiesta no sólo en cambiar o ratificar a nuestros dirigentes a través del voto cada cuatro años, sino en la participación más intensa y continuada, a través de la existencia de un tercer sector fuerte. En las sociedades democráticas, la Sociedad Civil debería tener una participación activa en la resolución de sus propios problemas y demandas, así como una profundización de las libertades individuales y colectivas. Lógicamente, la demanda de transparencia en la gestión y en la información precisa del destino de los fondos es la consecuencia de una sociedad civil activa y responsable, que participa como promotores, a través de trabajo voluntario o donaciones, y con una marcada actitud crítica.

El concepto más reciente de Economía Social, atiende igual que el tercer sector a las necesidades sociales de interés general pero también a otras de interés colectivo, y lo llevan a cabo tanto las personas y entidades de carácter más filantrópico o altruista como aquellas asociaciones, fundaciones, empresas de inserción como mutuas y cooperativas con objetivos más particulares. Este concepto amplio de economía social es el adoptado por los inspiradores de la Unión Europea (Palencia-Lefler, 2001).

El sector de la economía social representa un concepto más amplio que el de tercer sector, pertenece al ámbito de la economía privada, los intereses de las entidades supeditan las motivaciones meramente capitalistas particulares al interés común, de forma que desarrollan una actividad que destina parte o todos sus beneficios a fondos de reserva colectivos de carácter irreplicable.

Según un estudio promovido por la Fundación ONCE y la Confederación Empresarial Española de Economía Social (CEPES), este sector emplea en España a 1.088.000 personas y genera además entre un 5% y 6% de la riqueza del país (PIB). Entre el año 1990 y el año 2000 el empleo en España creció un 15% en el caso de la Economía Social el crecimiento fue del 58%, sobre todo en el sector servicios, seguido de la industria, la construcción y la agricultura. Además, de la importancia de estas cifras hay que señalar la importancia de los aspectos cualitativos que supone este tipo de economía, que tiene un marcado componente territorial ya que nacen con vocación de dar soluciones a problemas de ámbito local, como son el desempleo, la integración de colectivos con especiales dificultades de inserción laboral o para reducir la emigración a otras zonas. Esto hace que las empresas de economía social tengan una presencia estructural en el territorio, frente a la presencia coyuntural de las empresas tradicionales que se mueven por criterios de rentabilidad. Las empresas o entidades de economía social son poderosos agentes de desarrollo local ya que tienen sus raíces y razón de ser en el territorio donde fueron creadas, y donde está la necesidad que impulsó su creación. (ABC. Nuevo Trabajo, 27/07/2003 Sección Economía).

No hay que olvidar el peso social que va adquiriendo la gran empresa, en parte generado por las nuevas demandas que la Sociedad Civil en su conjunto le exige. Demandas respecto a calidad, precio, información, cuidado con el impacto medioambiental, compromiso

asistencial y cultural con la sociedad. Las empresas, y sobre todo las grandes empresas deben tomar conciencia de la necesidad de comportamientos éticamente más correctos, porque la sociedad y en definitiva el mercado así lo exige. Todo este cambio sin duda es producto de una sociedad civil progresivamente más madura. Estamos en una época en la cual la empresa tiene una preocupación ética, evidentemente utilitarista, pero que en definitiva se plantea devolver a la sociedad parte de los beneficios que obtiene de ella.

En este sentido y como ejemplo del compromiso con las nuevas demandas de la Sociedad Civil y el mercado, la empresa de producción de automóviles Volvo, cuya marca trata dar una imagen de familia y seguridad, patrocina una investigación sobre los tiburones peregrinos, son grandes escualos que se alimentan exclusivamente de plácton y cuya primera causa de muerte es quedar atrapados en las redes de los pescadores. (Dolling, 2003).

Con este patrocinio Volvo se identifica con la protección del medio ambiente, en una investigación con animales dejando en todo momento claro que no son potenciales atacadores de personas, muy en consonancia con la imagen de la marca, no parece probable que la Volvo patrocine una investigación sobre tiburones blancos. Este es sólo un ejemplo de utilidad social derivado del pragmatismo y de un planteamiento inteligente de la propia conveniencia, no es altruismo, ni filantropía, pero finalmente genera utilidad social.

1.1. ASPECTOS QUE FOMENTAN LA CONFUSIÓN RESPECTO AL TERCER SECTOR Y RETOS DE FUTURO

Algunos de los aspectos que generan más confusión en el Tercer Sector son el carácter no lucrativo, la calidad de los servicios o las fuentes de financiación.

El carácter de no lucrativo de las entidades del Tercer Sector significa que no existe reparto de beneficios entre los patronos en las fundaciones y la junta directiva y los asociados en las asociaciones, pero no significa en absoluto, que estas entidades no puedan tener y que de hecho no tengan actividad de venta de bienes y servicios, y que no persigan la obtención de beneficios. Los beneficios que pudieran generarse como consecuencia de la actividad mercantil, se reinvierten en el cumplimiento de los fines de la entidad. Este aspecto tan obvio en la práctica, para aquellos que trabajamos en organizaciones no lucrativas sabemos que es necesario expresarlo con no poca frecuencia, esto cuando la duda se expresa abiertamente y existe la oportunidad de aclararlo, en otras ocasiones la relación laboral, mercantil o de colaboración se adultera y complejiza por suspicacias y dudas. De esta confusión no queda exenta la administración y otras organizaciones y entidades del Tercer Sector.

Otra aspecto muy extendido es la consideración de que los servicios de las Organizaciones No Lucrativas (ONL) son mejores que los prestados por empresas lucrativas. No hemos encontrado ninguna evidencia demostrable que apoye que las entidades del Tercer Sector (ONL) presten mejores servicios que las empresas lucrativas. Concretamente en el sector de la Salud algunas investigaciones parecen demostrar lo contrario (Álvarez de Mon, 1998), justificación que frecuentemente utilizan las empresas para acusar al Tercer Sector de competencia desleal. Parece probable que en los próximos años se incrementen las alianzas o asociaciones entre empresas con y sin ánimo de lucro, como consecuencia del acercamiento entre los dos sectores ya comentado, siendo difícil distinguir dónde acaba la empresa y dónde comienza el tercer sector.

Tampoco es cierto que la financiación de las ONL sólo procede y debe proceder de las subvenciones. Otra forma legal y además saludable para las economías de estas entidades son las donaciones y la prestación de bienes y servicios, ya que produce una mayor autonomía e independencia. Aunque no existe una proporción adecuada para determinar un equilibrio óptimo, si parece sensato conseguir una diversificación en las fuentes de financiación.

Así pues y como retos de futuro a asumir por las entidades del Tercer Sector podrían señalarse las siguientes:

- Profesionalización y compromiso con la Calidad de los servicios
- Transparencia en la gestión de fondos y en la exposición de resultados
- Diversificación de los ingresos (donaciones, subvenciones, venta de productos y servicios...) que favorecerá la autonomía económica y de actuación. Mientras las entidades del Tercer Sector: Asociaciones y Fundaciones nos financiamos de la subvenciones de la Administración, no se puede hablar de plena autonomía del gobierno de cada momento, ni de responder a los intereses de los ciudadanos ya que obliga a mantener un claro clientelismo con los poderes políticos.
- Mantener un equilibrio necesario entre la flexibilidad que exige un entorno cambiante y la necesidad de financiación, a la vez que la fidelidad a los fines de la entidad.

Por su parte la sociedad civil y el sector público tienen otras cuestiones o retos a los que enfrentarse:

- Aumento de la participación ciudadana en la configuración del tercer sector.
- Incremento de la capacidad crítica y reguladora de la sociedad civil.
- Los requisitos para acceder a las ayudas públicas no deben basarse en criterios formales, ser fundación, asociación, empresa o universidad, sino en indicadores de solvencia, como la capacidad técnica y de gestión o su autosuficiencia financiera.
- Los poderes públicos deberían potenciar y estimular la intensificación del tejido social.
- Los poderes públicos deberían reflexionar acerca del papel que en ocasiones dan al Tercer Sector, proveedores baratos de servicios y clientes políticos, comprometiendo el desarrollo de un Tercer sector independiente y adulto.

1.2. LA MOVILIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL A FAVOR DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

La movilización de la Sociedad Civil a favor de los derechos de las personas con enfermedad mental, coincide con los años de implantación de la Reforma Psiquiátrica, a raíz del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985, que devolvió a los enfermos mentales a sus familias sin la creación de los dispositivos alternativos al Hospital Psiquiátrico que preveía la reforma y la Ley de Sanidad. Las primeras asociaciones de familiares surgen, en el País Vasco y Cataluña, en la década de los 80, aunque de manera excepcional, ASAFES (Álava) se formó en el año 1976 y AREP (Barcelona) en el año 1979. (Martín Montes, 1999).

Las asociaciones exclusivamente de personas con discapacidad tienen un desarrollo más reducido, de tipo local, y sin una organización federativa. Estas organizaciones tienen a nuestro juicio y a pesar de su escaso desarrollo una importancia esencial, ya que representan la voz de las necesidades del discapacitado en primera persona. Diferentes de las necesidades de sus familiares o amigos, en algunas ocasiones contrapuestas, o de las necesidades que perciben los profesionales. En este sentido resultan interesantes las reivindicaciones de las propias personas con discapacidad vinculadas a la necesidad de puestos de trabajo, incremento de las pensiones y de las plazas de alojamiento o apoyo a las mujeres ante la maternidad, con escalas de prioridades sin duda diferentes a las de las familias o a las de los profe-

sionales (Fuste Salafranca, 1999). En este sentido parece necesario dar cada vez más espacio a las demandas directas de los afectados sin interlocutores.

El desarrollo de entidades no asociativas en favor de los derechos de las personas con enfermedad mental, ha sido más escaso. La causa de las personas con enfermedad Mental no provoca una defensa espontánea producto de una simpatía natural, como puede ser por ejemplo la defensa de los delfines. Las personas con enfermedad mental todavía hoy en día son vistas como verdugos y vinculadas a episodios sangrientos, nunca representan la imagen de víctimas, necesitadas de apoyo y solidaridad en la defensa de sus derechos. Parece necesario superar las imágenes de verdugos, dando paso a la imagen de personas con derechos y deberes, ya que en la actualidad son doblemente excluidos dentro del grupo de los excluidos.

Movilizar a la sociedad a favor de las personas con enfermedad mental no es una tarea fácil. La estigmatización de la enfermedad mental frente a otras discapacidades, hace que la hostilidad y la discriminación negativa del entorno reduzca las posibilidades de recibir apoyos adecuados. La estigmatización es una falsa e injustificada asociación de las personas con enfermedad mental, sus familias, amigos, y servicios de atención como algo vergonzoso (Rosen, 2000).

El conocimiento y la información acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales así como la constatación de su precaria situación ha movilizó a la solidaridad de personas sin ser familiares o sin verse afectadas de forma directa por la enfermedad mental. En este sentido, existen algunos ejemplos de profesionales de la Salud Mental que conocen muy bien la escasez de recursos y han promovido desde el Tercer Sector servicios de atención a estas personas, para cubrir el vacío de servicios sobre todo en lo que se refiere a dispositivos de rehabilitación psicosocial y más en concreto de rehabilitación laboral y empresas sociales y/o centros especiales de empleo. Estos intentos de llegar donde la administración no ha podido o no ha querido llegar son excepcionales pero existen varios casos en nuestro país, y son otra fórmula de configuración del tejido social solidario.

2. BREVE HISTORIA DE LA FUNDACIÓN INTRAS: UN EJEMPLO DE MOVILIZACIÓN DESDE LA SOCIEDAD CIVIL PARA LA REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL

Fundación INTRAS se constituye en 1994 para el cumplimiento del objetivo de mejorar la calidad de atención a personas con problemas de Salud Mental y/o sociosanitarios. Clasificada de Beneficencia particular de carácter asistencial por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). Su origen está en la iniciativa de profesionales que buscan calidad en la investigación e intervención en los grupos de atención sociosanitaria, en los que las necesidades y déficit de calidad y cantidad de servicios son, en no pocas ocasiones, bien manifiestos. La iniciativa de estos profesionales busca en el tercer sector una vía para el desarrollo social, económico y de mejora de calidad de vida, especialmente en los grupos más desfavorecidos, entre los que sin duda están las personas con enfermedad mental.

Esta fundación tiene como fin el desarrollo y fomento de actividades dirigidas a la asistencia, investigación, evaluación y difusión de acciones en el ámbito sociosanitario. Sus acciones se dirigen principalmente a la población anciana, discapacitada en general y fundamentalmente con enfermedad mental.

La Fundación INTRAS se constituye en Valladolid con un claro proyecto de futuro hacia la prestación de servicios para la atención a personas con enfermedad mental, pero en sus inicios la actividad está vinculada a proyectos de investigación en nuevas tecnologías, financiados por el MINER, con especial mención al CDTI, primer y decidido apoyo institucional al proyecto de la Fundación INTRAS, y a la prestación de servicios a otras entidades con una trayectoria consolidada de servicios para personas con discapacidad, como es FEAPS Castilla y

León y FEAPS Nacional, entre otros. Posteriormente, y siguiendo la línea de investigación en nuevas tecnologías de la rehabilitación, Fundación INTRAS recibe el apoyo de IMSERSO a través de la convocatoria PITER en sucesivas ediciones, de forma que en la actualidad existe una línea de I+D con productos de rehabilitación cognitiva en el mercado utilizados por personas con discapacidad y traducidos y adaptado a varios países e idiomas, a través del desarrollo de programas de transferencia de tecnologías.

En 1998, a través de la iniciativa Europea HORIZON III y contando con el apoyo estrecho de la mayor parte de la Red de Salud Mental de Zamora, la Fundación INTRAS se establece en Zamora, provincia que presentaba una situación de servicios para las personas con enfermedad grave y prolongada muy escasa, dos Equipos de Salud Mental para toda la provincia y una Unidad de Agudos en un Hospital General, además de tener la tasa de psiquiatras más baja de toda la comunidad. Los profesionales de la red de Salud Mental de Zamora conscientes de la necesidad de servicios para las personas con enfermedad mental grave y prolongada se comprometen con el proyecto de Fundación INTRAS, de forma que su aportación en los inicios, fue determinante para llevar hacia delante el proyecto.

El proyecto ESLA encuadrado en la iniciativa europea HORIZON, desarrollado en los años 1998 y 1999, se planteaba la meta de formar a un grupo de personas con enfermedad mental con el objetivo de su incorporación al mundo laboral. A la vez que la sensibilización de la población y la rehabilitación psicosocial duradera de estas personas. Así pues, con el trabajo de estos años, la importante participación del voluntariado, de la red de salud mental, de los propios usuarios y el reducido número de profesionales remunerados se pusieron las bases de lo que hoy es: el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) a través de un Convenio con SACYL, el Servicio de Orientación e Integración Laboral (SOIL), con el impulso del programa EQUAL ZAMARAT, los Talleres Prelaborales, los programas de Garantía Social para ACNEES (alumnos con problemas de salud mental y/o trastornos de conducta) y los Centros especiales de Empleo Armo Bene S.L y Prodisza S.L.

3. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y REHABILITACIÓN LABORAL. EL TRABAJO COMO MOTOR DE LA REHABILITACIÓN

A continuación y sin pretender profundizar en los fundamentos y programas de la rehabilitación psicosocial, se quiere resaltar la importancia del trabajo como hilo conductor o motor de la rehabilitación.

Respecto a los principios que dirigen la rehabilitación psicosocial (Fernández, 1997) consensuados en el borrador de IMSERSO acerca de la Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental (AMRP, 2003), desde la concepción de la Fundación se suscriben en su totalidad y determinan la planificación presente y futura de servicios e intervenciones. Estos principios entienden una rehabilitación psicosocial basada en:

- Concepción amplia de los Derechos Humanos, promoviendo el derecho a una ciudadanía plena, con accesibilidad a una vida cotidiana normal, con derecho a estudiar, tener una familia, un trabajo, vacaciones...
- Que promueve la integración de cada persona en su comunidad natural facilitando la accesibilidad a los recursos sociocomunitarios.
- Principio de autonomía e independencia. Las limitaciones de funcionamiento personal y social derivadas de los déficits en habilidades producto de la propia enfermedad y de sus consecuencias, hace que se generen situaciones de dependencia a varios niveles, la rehabilitación se centra en la recuperación y/o adquisición de esas habilidades para funcionar con la mayor autonomía posible en un entorno concreto.

- Principio de Normalización, que es facilitar a las personas con enfermedad mental condiciones y formas de vida que se asemejen lo más posible a las circunstancias y al estilo de vida vigentes en la sociedad. No se trata de "normalizar" a las personas, sino sus condiciones de vida. Debe respetarse el derecho a la diferencia.
- Principio de Individualización. El proceso de rehabilitación al igual que cada persona con enfermedad mental es único, este principio se materializa en una pormenorizada evaluación individual y en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), que determinará objetivos e intervenciones específicas para cada persona.

Nuestro proyecto de integración social de las personas con enfermedad mental parte de la convicción de que el empleo remunerado puede ser la fórmula más normalizada de integración. De esta forma el horizonte del empleo ha sido el motor que ha ido configurando el itinerario de servicios de rehabilitación psicosocial y laboral así como la propia filosofía de la rehabilitación. Realmente los principios que guían la rehabilitación psicosocial son sólo "castillos en el aire" si no se trabaja con el horizonte de posibilidad real de acceso al mercado laboral, en cualquiera de sus modalidades.

El trabajo es un medio fundamental en nuestra sociedad para alcanzar la plena integración social. Es un gran valor social que vertebraba la vida de las personas, es un factor de integración y normalización que nos integra en un grupo, hasta el punto que con frecuencia tener o no tener trabajo es un factor esencial en la determinación de la marginalidad (González, 1995). Además, el objetivo de alcanzar y mantener un trabajo constituye uno de los sueños principales de muchas de las personas con discapacidad (United Nations, 2000), entre las que se incluyen las personas con enfermedad mental. Todo ello se complementa con los datos de investigaciones que aseguran que las personas con enfermedad mental grave y prolongada en su mayoría desean alcanzar un empleo en un entorno laboral ordinario (Rogers, 1991). Más concretamente, un estudio reciente elaborado en Estados Unidos, muestra que el 80% de las personas con enfermedad mental tipo esquizofrenia tienen un fuerte deseo de alcanzar un puesto de trabajo (NAMI, 2000).

Desde la perspectiva de la sanidad pública, todos los esfuerzos para que estas personas encuentren trabajo son esenciales, ya que el trabajo aumenta la calidad de vida y reduce el empobrecimiento de estas personas y los elevados costes de los servicios y de la seguridad social que este grupo requiere. El trabajo beneficia la salud y el bienestar de los individuos ya que se le atribuyen una serie de funciones latentes (Jahoda, 1979), como:

- El trabajo es una fuente de ingresos y seguridad económica.
- Proporciona una estructura temporal a la actividad cotidiana.
- Crea oportunidades para que se produzca una interacción social y para que se amplíe el marco de relaciones interpersonales más allá del contexto familiar.
- Es una de las principales maneras de obtener reconocimiento social, de mantener la autoestima, y de definir aspectos centrales del estatus y de la identidad personal.
- Vincula a la persona a metas y objetivos que trascienden los suyos propios, y fomenta el desarrollo y mantenimiento de una actividad.

El trabajo es una parte esencial para la recuperación de las personas con enfermedades mentales y los recientes avances en los servicios, los tratamientos y las medicaciones, han incrementado la capacidad de estas personas de vivir independientemente en la comunidad. Blasi (2001) comprueba como las estancias hospitalarias se reducen en 20 veces y los ingresos en 7 cuando el paciente es incorporado a una red de servicios de apoyo cuya meta es el empleo y en donde la mayor parte lo obtiene.

La rehabilitación laboral considerada como el proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedades mentales crónicas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral (Ciardiello y Bell, 1988) pretende en definitiva potenciar la adquisición o recuperación de las actitudes, y hábitos conducentes a integrar o mantener a las personas con enfermedad mental grave y prolongada en el mercado laboral. La rehabilitación laboral aporta a la persona con enfermedad mental de un proyecto vital anclado en el presente y el futuro, dotándole de un sentido temporal a su vida con perspectivas de futuro. La rehabilitación laboral se basa en los mismos principios que la rehabilitación psicosocial, es un proceso estructurado en fases, y con la suficiente flexibilidad para adaptarse a cada proyecto vital único.

No es infrecuente encontrar aún en la actualidad programas más o menos estructurados de rehabilitación constituidos por actividades más cercanas a los presupuestos del tratamiento moral de PINEL, en su momento revolucionario. En el cual la laborterapia las actividades sociales, el juego, o hasta el propio trabajo... carecen de un propósito, incumpliendo la aportación básica de la rehabilitación psicosocial, la intervención con objetivos específicos e individuales con el fin de conseguir la mayor autonomía posible en su entorno y el incremento de su calidad de vida.

En este sentido el Modelo de Ocupación Humana (MOH) definido por Gary Kielhofner (1980), constituye un referente teórico y de intervención para la rehabilitación psicosocial y la rehabilitación laboral (Borrador del documento de consenso del IMSERSO) (Navarrón, 2003). El MOH define la ocupación como todo comportamiento motivado intrínsecamente, consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización. Basados en este modelo los programas de rehabilitación deberán definir programas de intervención que proporcionen oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes; desarrollar destrezas que apoyen el desempeño de los roles deseados, proveer estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias de la vida diaria (Navarrón, 2003).

El MOH es un modelo derivado de la Teoría General de Sistemas y explica la motivación hacia el alcance de ocupaciones significativas y del papel que tiene el ambiente en este proceso. El ser humano es un sistema abierto y dinámico, que debe continuamente reorganizarse para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo de toda la vida. El sistema tiene una organización interna (individuo) con tres partes la volición (motivación), la habituación (hábitos y patrones) y la ejecución (repertorio de habilidades) y una organización externa (ambiente) que puede ser física o material, el ambiente social (interacción con los otros) y la cultura (grupos sociales disponibles y valores) (Navarrón, 2003). A través de este enfoque la ocupación en un sentido amplio, puede obtener mejoras funcionales y de mantenimiento de roles ocupacionales significativos, que puede ser el trabajo remunerado, pertenecer a un grupo de amigos, ser miembro de la familia o un ciudadano.

Con toda la importancia que sin duda tiene el trabajo no conviene olvidar que la rehabilitación es un proceso individualizado, por lo tanto único para cada persona, por lo que es evidente que muchas personas con enfermedad mental no podrán o no desearán acceder a un trabajo. En estos casos el proceso de rehabilitación irá dirigido a promover roles ocupacionales significativos diferentes del empleo remunerado. Sin embargo, y aceptando la posibilidad libremente elegida de no acceder a un puesto de trabajo, no parece útil la división por parte de los profesionales ante las personas con enfermedad mental como empleables o no empleables, ya que los cambios en el mercado laboral, propiciados y protagonizados por la iniciativa social, hace que esta clasificación lleve a una limitación en los objetivos a los que puede llegar una persona con enfermedad mental grave y prolongada. Los casos "mila-

gro" nos llevan a elevar las expectativas de rehabilitación e integración y sobre todo a ser prudentes con los etiquetajes.

En otras ocasiones sucede que la integración se produce sin rehabilitación previa, una persona con enfermedad mental grave y prolongada demandan de los servicios de rehabilitación psicosocial, a los cuales y desde la Fundación pueden tener acceso, poniendo en evidencia una realidad que no conviene olvidar y es que Rehabilitación e Integración no son sinónimos ni son dos conceptos jerarquizados temporalmente, si bien intensamente relacionados. Puede haber rehabilitación sin integración, sin embargo la rehabilitación sólo tiene sentido para la integración. Por otra parte el hecho que una persona tenga un trabajo normalizado no implica que esté integrada sociolaboralmente, puede estar excluida si no es aceptada en su diferencia. Una integración laboral exitosa tampoco significa que la persona con enfermedad mental esté rehabilitada, no es infrecuente que la "integración" en un medio normalizado lleve a interrumpir su proceso de rehabilitación, con el consecuente aumento de probabilidades de recaída.

Respecto al orden que debe seguir la rehabilitación y el empleo vs empleo y rehabilitación resulta muy interesante el modelo americano de empleo con apoyo que defiende la segunda opción. El empleo con apoyo consiste en que la persona con discapacidad obtenga un empleo pagado en una empresa normalizada y que para alcanzar y mantener ese objetivo reciba servicios de apoyo psicosocial y del empleo (Wehman, 1988).

El modelo global de incorporación al empleo con apoyo individualizado, se caracteriza por lo siguiente (Becker y Drake, 1994):

- Búsqueda rápida de empleo antes de cualquier evaluación pre-laboral. Esta labor la realiza un buscador de empleo.
- Obtención de un empleo remunerado igual que el resto de trabajadores en un entorno laboral normalizado, en el que se tengan en cuenta las preferencias de la persona con enfermedad mental.
- Proporcionar apoyo al empleo tras la obtención del trabajo. Aquí se incorpora en la intervención el equipo clínico.
- Considerar que la finalización de un contrato no es un fracaso sino que el trabajo ha sido útil para el aprendizaje.
- Coordinación estrecha entre el gestor del caso (equipo clínico) y el buscador de empleo (equipo de integración laboral).

Como se ve, en este modelo el buscador de empleo forma parte del equipo clínico-asistencial y su labor es la de encontrar un trabajo remunerado que cubra los intereses del paciente, y coordinarse con los servicios de apoyo al empleo en el que la intervención psicosocial y clínica juega un papel relevante (Becker y Drake, 1993).

Ciertamente la puesta en marcha de un modelo como este en España resulta casi imposible pues la obtención de un puesto de trabajo es difícil y hay una tasa de paro muy superior a la que por ejemplo se encuentra en Estados Unidos que es desde donde emergió este modelo. Sin embargo, hay algunos aspectos del mismo que merecen ser valorados, como en la importancia que se le da a un servicio de búsqueda y apoyo al empleo. Esto justifica la incorporación de un servicio de Orientación e Integración Laboral (SOIL) que introduzca en el modelo que se ha propuesto (integral en red) una perspectiva laboral desde el inicio de la rehabilitación psicosocial. Es decir, debe compensar la orientación claramente clínica que tiene la red de programas y dispositivos de asistencia psiquiátrica y salud mental (sanitarios y sociosanitarios) dirigidos principalmente a la enfermedad y cuidados, con la introducción de

la integración laboral durante todo el programa de intervención en los trastornos mentales graves y prolongados.

Otros datos de interés son la serie de estudios quasi-experimentales que valoran tasas de empleo antes y después de la conversión de los tratamientos de día (equivalente al hospital de día aunque con componentes del centro de rehabilitación psicosocial) en centros de formación laboral y empleo con apoyo. Así, se encuentra que esa conversión hace que la tasa de empleo pase del 18% al 54% tras la conversión, mientras que entre los pacientes que continuaban recibiendo tratamientos de día contaban con las mismas tasa de empleo (Drake et al., 1994; Torrey et al., 1995; Bailey et al., 1998). Por ejemplo, en el estudio de Drake et al. (1994) cuando se sustituye el centro de día por el centro de integración laboral que aplica el modelo de incorporación al empleo con apoyo individualizado encuentra una tasa de empleo que pasa del 33% al 56%, sin que se modifique en otro centro que no realizó la conversión. Todo ello sin que existiera ningún indicador clínico y social que empeorase como intentos de suicidio, abandonos, ingresos hospitalarios, problemas jurídicos, etc. pero con la identificación de altos niveles de satisfacción en los usuarios y sus familias (Torrey et al., 1995). Similares hallazgos encuentran (Becker et al., 2001) quienes encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación a la obtención de trabajo (47.9% frente a 19.5%), total de horas trabajadas y número de semanas trabajadas entre la aplicación de un programa de incorporación al empleo con apoyo individualizado y los tradicionales centros de día. Además, y aunque no de forma significativa existía una mejora salarial importante en los del primer grupo. Todo ello sin que se constatasen diferencias en relación a la psicopatología, adaptación psicosocial, participación social, y otras áreas no laborales, aunque en otros estudios incluso se han notificado mejoras notables (Mueser et al., 1997).

Este incremento en la tasa de empleo con estos programas supone una mejora en la situación económica de la persona con enfermedad mental lo que conlleva un avance importante hacia la autodeterminación y también un elevado incremento en la autoestima (Mueser et al., 1997).

Así pues, la incorporación de programas específicos de empleo con apoyo mejora significativamente la integración laboral, que apenas tiene lugar con los programas de rehabilitación psicosocial tradicionales. Parecería que se propone cambiar el orden habitual de la rehabilitación: primero la participación social y laboral, y posteriormente la rehabilitación y adaptación. Todo lo cual permite alcanzar unos resultados altamente satisfactorios. El primer planteamiento que pudiera surgir de aquí sería el de convertir los centros de rehabilitación psicosocial en centros de formación laboral, ya que todo son ventajas y no se han descrito inconvenientes (Bailey et al., 1998). Se diría que mantener a las personas con enfermedad mental en un centro de día o de rehabilitación psicosocial no es conveniente, ya que genera bajas expectativas en el usuario y se trata de un dispositivo segregado y que por tanto actúa de forma involuntaria hacia la adaptación social entre discapacitados con lo que interviene de forma similar a los hospitales psiquiátricos a primeros de siglo (Becker et al., 2001). En cualquier caso, todos estos datos justifican la necesidad de que los Centros de Rehabilitación Psicosocial tengan una clara orientación laboral.

Parece evidente la necesidad de coordinación entre los equipos de rehabilitación psicosocial y de rehabilitación laboral, y Orientación e Inserción Laboral, además es también necesaria la coordinación con los servicios de empleo protegido y con los servicios de apoyo en el puesto de trabajo, de forma que se puedan establecer el mayor número de sinergias entre los objetivos de los profesionales de la rehabilitación y los objetivos de los gerentes de las empresas, objetivos en muchas ocasiones contrapuestos. Las empresas funcionan por cuentas de resultados, y los profesionales de la rehabilitación por criterios de beneficio del usuario, si no se satisfacen los respectivos objetivos la integración laboral está abocada al fracaso económico para el empresario y del proceso de rehabilitación para el usuario.

El concepto actual de trabajo, puesto que se trata de un derecho de todas las personas debe ser redefinido. No son únicamente las personas con enfermedad mental las que deben de entrenarse y formarse para ser aceptadas en el mundo laboral, sino que el mercado laboral y el propio concepto de trabajo pueden y deben ser revisados, así como las propias relaciones laborales. La integración y normalización es un proceso dinámico que implica cambios en las personas a través de la rehabilitación y cambios en el ambiente. Este cambio de concepto del trabajo, no es sólo responsabilidad del empresario, sino de toda la sociedad civil, de forma que se creen fórmulas cada vez más flexibles y se incrementen los apoyos de todo tipo para favorecer la integración laboral real. Los cambios producidos en los últimos años, aunque limitados son realmente esperanzadores y la apuesta de futuro es dejar de entender la discapacidad como una limitación, para transformarse en una forma especial de ejercer la capacidad (Jornadas sobre "Discapacidad y Derechos Humanos, 2003).

4. EL PROYECTO DE REHABILITACIÓN LABORAL DE FUNDACIÓN INTRAS

El proyecto de rehabilitación laboral de Fundación INTRAS, a través de su trayectoria, desde el año 1998, recoge algunos de estos planteamientos. Así pues, el proyecto europeo HORIZON permitió la existencia del primer Taller Prelaboral que Fundación INTRAS impulsó en Zamora, con una concepción de la actividad en los inicios más cercana al tratamiento moral que a los principios de la rehabilitación psicosocial y laboral. Sin embargo, esta etapa fue imprescindible para crear unas estructuras que permitieran el desarrollo posterior de un proyecto más ambicioso que abarca no sólo la rehabilitación laboral sino una más adecuada rehabilitación psicosocial previa y simultánea a la formación para el empleo (CRPS). Así como el desarrollo de un Servicio de Orientación e Integración Laboral (SOIL), los Talleres Prelaborales, esenciales en la rehabilitación y formación para el empleo, y el desarrollo empresarial que permitiría hacer inserciones reales al mercado laboral (CEEs)

Con una organización más cercana a un Centro de Rehabilitación Psicosocial se comenzó a trabajar al finalizar el HORIZON con objetivos más cercanos a lo que en la actualidad se entiende por rehabilitación psicosocial con la participación voluntaria de profesionales de la red de Salud Mental, de voluntarios, y la propia participación de los pacientes. El objetivo era cubrir el gran vacío asistencial que existía en Zamora para el tratamiento de las personas con enfermedad mental grave y prolongada, ya que no existían ningún dispositivo de atención comunitaria. Esto es, ningún CRPS en toda la provincia, ni pisos supervisados ni otra fórmula de alojamiento en la comunidad, mucho menos talleres prelaborales (sólo un taller gestionado por AZAPES) o centros especiales de empleo, o servicio de orientación e inserción laboral para personas con enfermedad mental.

En el año 2000 se firma el convenio con Sacyl (Sanidad de Castilla y León), para la gestión del CRPS de Zamora. Desde entonces el proyecto inicial de la Fundación se convierte en CRPS dentro de la Red de asistencia psiquiátrica de Castilla y León. Los profesionales que trabajan directamente en el CRPS son dos psicólogos, uno de ellos director del recurso, dos monitores y un trabajador social, que cuentan con la red de servicios de orientación, formación e inserción laboral de la Fundación como servicios específicos de atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada, además de los servicios sociocomunitarios que oferta Zamora para trabajar para la integración.

En el año 2002 con el apoyo del proyecto EQUAL ZAMARAT, del cual la Fundación es miembro de la agrupación de desarrollo ZAMARAT, el Servicio de Orientación e Inserción Laboral (SOIL) se consolida como un servicio activo, cuyo objetivo es la rehabilitación e inserción laboral de las personas con discapacidad, a través de los PPI (Planes Profesionales Individualizados de Inserción). La rehabilitación laboral, de acuerdo con los presupuestos de

la rehabilitación, no puede dar respuestas estandarizadas, sino que debe responder a patrones individuales complejos en base a las motivaciones, habilidades y necesidades de las personas con enfermedad grave y prolongada.

Así pues, en nuestro modelo de intervención el Plan Profesional Individualizado constituye el eje que debe garantizar la personalización de las intervenciones y servicios a los que podrá acceder la persona con enfermedad mental grave y prolongada. Consideramos el pasado, presente y su futuro del usuario, como un proceso dinámico, en continua revisión, con el objetivo de evitar las rutinas y situaciones de estancamiento a las cuales es tan fácil llegar en la rehabilitación Laboral. Pero el PPI debe además ser un proceso sistematizado y conocido por el usuario que le permita tener un plano de la trayectoria de su proceso de rehabilitación laboral, sólo conociendo las posibilidades y la secuencia de objetivos podrá tener el control de su proceso de rehabilitación, al enmarcarse en un itinerario conocido y escalable marcará una temporalidad referencial a las intervenciones, tan necesaria en las personas con enfermedad mental grave y prolongada. El Plan Profesional Individualizado debe combinar, elección, sistematización y flexibilidad.

Para la determinación del Plan Individualizado de Trabajo el SOIL (Servicio de Orientación e Integración Laboral) realiza una evaluación previa en la que se valoran sus motivaciones, el nivel de habilidades sociolaborales, y el grado de formación profesional previa, así como trabajos desempeñados anteriormente. Si el usuario está en fase de intervención o seguimiento de CRPS, el terapeuta de referencia participa en la determinación del PPI, de forma paralela existe una comunicación fluida con los terapeutas de referencia en la red de Salud Mental.

El eje de la rehabilitación laboral es la formación en el Taller prelaboral que trata de reproducir un ambiente laboral lo más normalizado posible, con los apoyos flexibles que demanda cada usuario.

La orientación vocacional, la formación en técnicas de búsqueda de empleo y el entrenamiento en habilidades sociolaborales habitualmente no son necesariamente intervenciones previas a la fase de formación en el Taller Prelaboral sino paralelas. Con frecuencia las personas con enfermedad mental grave y prolongada, tiene dificultades para identificar sus intereses, sus habilidades, y en la valoración de las alternativas laborales basadas en su capacidad, (Rodríguez, 1997 pp 332). Por esta razón y siguiendo el MOHO, que considera la ocupación en un sentido amplio, la actividad propositiva llevada a cabo en el taller va a ser la intervención en sí misma, y va a movilizar el propio proceso de rehabilitación. La implicación en actividades genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones de las personas (Kielhofner, 1995).

La actividad puede ser aplicada terapéuticamente para la promoción del desarrollo, mantenimiento y recuperación de las capacidades, destrezas y aptitudes de la persona con enfermedad mental grave y prolongada. Las actividades programadas y propositivas del taller van a dotar de autoconfianza y control al usuario, y van a despertar la motivación y movilizarán una gama de intereses, no necesariamente vinculados a la actividad concreta realizada. A partir de el proceso generado por la actividad propositiva se irá reconduciendo el PPI, con una mayor participación del usuario en la orientación de su proceso de rehabilitación laboral.

En la medida que una persona se implica en ocupaciones significativas, tanto desde una perspectiva personal (subjetiva), como social y cultural, favorece el bienestar psicológico, la actividad puede ser considerada en sí misma como un método de tratamiento en Salud Mental (Moruno, 2003).

A continuación de forma breve, se expone la intervención ocupacional, como método de tratamiento en salud mental, que se lleva a cabo en los talleres prelaborales de Fundación INTRAS.

Cuando el usuario llega al taller le recibe su monitor que le instruye sobre el funcionamiento del taller a través de un Protocolo de Acogida (horarios, ropa de trabajo adecuada, normas del taller...) y en las habilidades que van a trabajar. Indicándole en todo momento que para cualquier problema o duda está a su disposición. Es presentado al resto de los compañeros y conoce las actividades y productos elaborados en el taller. En estos primeros días conoce además el itinerario que podría recorrer con el objetivo que se forme unas expectativas de avance y progresión. El monitor tiene una tutorización especial hacia el usuario durante las primeras semanas de incorporación al taller, con el objetivo de valorar su grado de adaptación.

A través del sistema de niveles el usuario del taller se siente protagonista de su proceso de rehabilitación laboral y es consciente de sus objetivos y de sus logros, haciéndose partícipe y responsable del mismo.

Los niveles son flexibles ya que se pretende que adquieran una estructura dinámica que permita adaptarse e individualizarse según las necesidades de cada usuario. A la vez que nos permite aumentar al máximo las posibilidades de elección del usuario, dar un apoyo flexible y un mantenimiento de la individualidad, todos ellos principios básicos de la rehabilitación.

Los niveles se han establecido en función de tres variables o dimensiones:

- 1.- El tiempo que pasa el usuario en el taller.
- 2.- El grado de dificultad de las tareas.
- 3.- La complejidad de las habilidades sociolaborales requeridas.

Cada variable tiene distintos subniveles. Así pues, los niveles tienen una triple nomenclatura, en función del nivel del usuario en cada variable o dimensión. El primer número corresponde al tiempo que pasa el usuario a la semana en el taller, el segundo al grado de dificultad de la tarea y el tercero a la complejidad de la tarea (ejemplo N. 1.5.3). Los subniveles van de menor a mayor complejidad del uno al cinco. Hay que tener en cuenta, que no necesariamente todos los usuarios que inician su actividad en los talleres tienen que empezar por el más bajo (uno), puede incorporarse al taller a un nivel más alto, en función de la valoración de sus habilidades sociolaborales, formativas y profesionales, según se estime en su plan profesional individualizado (PPI). Si bien, si se ve que no satisface los requisitos de niveles anteriores, se valorará conjuntamente la bajada de nivel. Previa reunión del monitor con psicólogo del taller prelaboral, informando de ello a su psicólogo del CRPS (si está en fase de intervención o seguimiento) o a su especialista de referencia.

En la actualidad los niveles se organizan en base a tres dimensiones o variables:

1. *Dimensión Tiempo (H): Nos indica el número de horas que pasa un usuario en el taller*

Este nivel nos ayuda a trabajar la constancia y la resistencia a la fatiga. Aunque estos aspectos ya se hayan trabajado incipientemente en el taller de rehabilitación, y nos lleguen los usuarios con una mínima base de resistencia y constancia de 1 hora seguida de trabajo, en los primeros subniveles reforzaremos ese hábito para ir progresivamente aumentando. Como es sabido los síntomas negativos de la enfermedad mental crónica hacen que entre otros, y unidos a los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, que el grado de resistencia y fortaleza física están limitados.

El nivel del tiempo varía pues, en función del número de horas y días a la semana que pasa el usuario en el taller:

Número de horas	Días /semana	Horas al día	Horas semana
1	1	2 h/d	2 h/s
2	2	2 h/d	4 h/s
3	3	3 h/d	9 h/s
4	4	4 h/d	16 h/s
5	5	4 h/d	20 h/s

En los tres primeros subniveles el objetivo principal es reforzar los objetivos mínimos de constancia y resistencia a la fatiga conseguidos en el centro de rehabilitación. Esta necesidad está basada en que los cambios que vaya experimentando el usuario dentro de su proceso rehabilitador, hasta conseguir los objetivos propuestos, no le supongan un sobreesfuerzo tal que puedan afectar a la vulnerabilidad, provocar un estrés excesivo y precipitador de recaídas.

Así pues, estos tres subniveles iniciales son para las personas que están todavía en fase de intervención en el centro de rehabilitación. Para los cuales se reservan 10 plazas.

Los siguientes subniveles son para los usuarios del taller prelaboral, que pueden o no estar en fase de seguimiento en el centro de rehabilitación.

2. *Dimensión Ejecución de la Tarea (T)*: El nivel de la tarea. Este nivel nos indica el grado de ejecución de la tarea que realiza el usuario del taller prelaboral. A través de estos sub-niveles entrenamos al usuario en hábitos básicos de trabajo para mejorar su escasa cualificación profesional. Y que permita a los usuarios estar en mejores condiciones para, en definitiva, acceder y manejarse en el mundo laboral. Hay cinco subniveles.

3. *Dimensión Habilidades sociolaborales (HSL)*: Este es el nivel de las habilidades sociolaborales, a través de este nivel, trabajamos aquellas habilidades sociales relacionadas con el mundo laboral de modo que favorezcan en el usuario la creación de una adecuada autoimagen laboral. Es decir, el sujeto debe sentirse inmerso en un ambiente normalizado, para ello tiene que relacionarse con figuras laborales muy bien definidas y de la forma adecuada, debe atenderse a normas laborales y formativas de los entrenamientos y tareas, aseo y vestido, respeto de horarios, conducta con los compañeros y profesionales, etc. Todo ello se trabaja a través de cinco subniveles de menor a mayor dificultad.

Los objetivos de este nivel son:

- Crear y mantener hábitos básicos de aseo e higiene personal adecuados.
- Conseguir un nivel adecuado de asistencia y puntualidad continuada.
- Mantener un adecuado y positivo comportamiento social en el empleo, tanto en las relaciones entre compañeros como con los superiores.
- Conocer y poner en práctica las normas de seguridad e higiene en el trabajo.
- Crear y mantener hábitos normalizados de ocio y tiempo libre.
- Conseguir unas adecuadas actitudes que favorezcan y faciliten una mayor destreza laboral y de empleo.

El paso de un nivel a otro se considera cuando el usuario realiza correctamente todas las habilidades del nivel en el que se encuentra y todas las de los niveles anteriores. Para ello una vez que realiza correctamente todas las habilidades permanece en fase de consolidación una semana más. A la semana, el monitor ocupacional informa al usuario que ejecuta correctamente todas las habilidades de ese nivel y que se le va a pasar a un nivel superior, explicándole

detalladamente el plan de trabajo del nivel superior. Es decir, mantener las conductas, hábitos y habilidades alcanzadas y entrenamiento de otras nuevas.

Cada mes si todo fluye, con normalidad, y si no ha sido preciso antes, se hace una revisión de los planes profesionales individualizados. Para evaluar el proceso rehabilitador del usuario. Qué objetivos se han conseguido, cuáles se están resistiendo (se trata de explicar el porqué y se dan pautas para nueva estrategia de intervención del monitor), y se fijan nuevos objetivos si es posible. Estas reuniones se realizan entre el monitor del taller, el psicólogo del taller prelaboral, el técnico de orientación laboral el terapeuta de referencia del usuario en el CRPS.

Si por el contrario antes de la reunión de seguimiento se hace necesaria una reunión de emergencia, bien porque el usuario no se adapta al entorno, al nivel, o su evolución es rápida..., se adelanta la reunión y por lo tanto la revisión de su PPI, y se intentan nuevas estrategias o cambio de nivel.

Para valorar el cumplimiento de estas habilidades, así como su evolución, se lleva a cabo un registro diario, que es rellenado por el monitor ocupacional que corresponda. Que de forma semanal será entregado al responsable del taller prelaboral en las reuniones semanales del equipo.

El adecuado cumplimiento de las tareas en el taller se realiza a través de un sistema de economía de fichas. A la semana el monitor/a hace un recuento de el cumplimiento de las tareas según la hoja de registro semanal del usuario. Cada habilidad cumplida correctamente a la semana se puntúa en base a un baremo previamente establecido según la dificultad de la tarea/s a realizar. En función de la puntuación que obtenga el usuario, puede escoger unos reforzadores previamente establecidos en función de sus preferencias (una entrada de cine, tabaco, dulces...). Se valoran solamente las habilidades del nivel en el que se encuentra el usuario. En los niveles más altos, cuando no ejecutan una habilidad que se supone aprendida el usuario tiene una penalización y al contrario cuando el usuario realiza una habilidad positiva o de nivel superior no contemplada en su nivel recibe una remuneración económica.

Para cumplir con los requisitos de flexibilidad que requiere tanto la rehabilitación psicosocial como la rehabilitación laboral, y entendiéndolo que tanto un proceso como el otro no pueden limitarse a periodos predeterminados de tiempo, la coordinación, disposición al cambio y mutua disponibilidad entre recursos, según nuestro criterio debe ser alta, de forma que no se conciba el proceso de rehabilitación como un paso previo, de forma rígida a la rehabilitación laboral. Desde este planteamiento personas con enfermedad mental grave y prolongada durante el período de intervención en el CRPS pueden acudir al taller prelaboral así como personas que acuden de forma intensa al taller o al CEE o con un empleo en empresa normalizada, pueden acceder a los programas a los programas del CRPS que puedan necesitar, como Trámites Burocráticos, Agenda, Rehabilitación Cognitiva o Educación para la Salud si su proceso de rehabilitación así lo precisa.

No conviene olvidar que la línea que refleja el proceso de rehabilitación hasta una adecuada generalización de las adquisiciones se parece más a una línea ascendente en zig-zag, con a veces profundas trayectorias descendentes y recuperaciones hasta un determinado nivel que a una línea recta progresivamente ascendente, lo que determina la necesidad continuada de apoyo por los distintos recursos a lo largo de la vida.

En la actualidad el SOIL se encarga de la inserción laboral de las personas con enfermedad mental grave y prolongada así como de otras personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario, a pesar de las dificultades que derivadas de la escasa oferta laboral en una provincia como Zamora. Además desde la Fundación se ha promovido la creación de dos empresas sociales con fórmula jurídica de CEE, que actualmente dan trabajo a más de 10 personas con enfermedad mental grave y prolongada.

De cara al futuro el objetivo de la fundación se orienta a una progresiva profesionalización de los servicios, de atención y de gestión y hacia una apuesta por la calidad total. En este proceso es necesario promover una cada vez más intensa y real participación de las personas con enfermedad mental en la definición de los servicios y en elección de itinerarios de rehabilitación.

Por otra parte se tiene como objetivo la consolidación y creación de empleo propio en el marco de empresas sociales y el trabajo de sensibilización del mercado laboral ordinario, basado en los presupuestos del empleo con apoyo. Para todo ello es preciso contribuir con nuestro trabajo a la movilización de la sociedad civil a favor de las personas con enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA

- ABC. Nuevo Trabajo, 27/07/2003 Sección Economía, pp. 24.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid.
- Bailey E, Ricketts S, Becker DR, et al. (1998). Conversion of day treatment to supported employment: one-year outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 24-29.
- Becker, D.R., Drake R.E. (1993). A working life: the individual placement and support (IPS) Program. Concord, NH. New Hampshire-Dartmouth: Psychiatric Research Center.
- Becker, DR, Drake, RE. (1994). Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health J.*, 45, 487-489.
- Blasi, R. La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. 20 años de trabajo en la comunidad: igualdad en la diversidad. Monografías Psiquiatría 2001; XIII(2): 30-44.
- Dolling, L. (2003) Gran Escala. *Volvo Magazine*, 18, 39-41.
- Rosen, A., Walter, G., Casey, D., y cols. (2000). Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australian Psychiatry*, 8. Nº 1.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Biesanz, J.C., Torrey, W.C., McHugo, G.J., Wyzik, P.F. (1994). Rehabilitation day treatment vs. Supported employment I. Vocational outcomes. *Community Mental Health J.*, 30, 519-532.
- Universidad Complutense de Madrid, Fundación AEQUITAS Y C.G. del Notariado de España (Ed.). (2003). Jornadas Universitarias sobre "Discapacidad y Derechos Humanos" Conclusiones. Madrid (7 al 11 de julio).
- Alvarez de Mon, S et al. (1998). El Tercer Sector: retos y propuestas para el próximo milenio. Madrid. (pp 16). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ciardiello J. A., Bell M D. (Ed.). (1988). Vocational Rehabilitation of Person with Prolongued Psychiatric Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fernández, M.V., y cols. (1997). El Campo de la rehabilitación psicosocial. En: Rodríguez A., (Coordinador). Rehabilitación Psicosocial de personas con Trastornos Mentales Crónicos. Madrid: Pirámide.
- Fuste Salafranca, M. (1999). El movimiento asociativo de usuarios. En El movimiento asociativo por los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental. IX Jornadas FEAFES (pp 106-108). Logroño.
- González, J., Orviz, S., Blanco, A. et al. (1995). Filosofía de la rehabilitación laboral. En Integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos: De la rehabilitación al empleo, ponencia marco presentada en la I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Madrid.
- Jahoda, M. (1979). The impact of unemployment in the 1930s and the 1970s. *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 309-314.
- Kielhofner, G., Burke, J.P. (1980). A model of human occupation, Part 1. *Conceptual framework and content. Am J Occup Ther*, 34, 572-581.
- Kielhofner, G. (1995). A model of human occupation. Theory and application. Williams & Wilkins. Baltimore.
- Palencia-Lefler, Ors., M. Fundraising (2001). El arte de captar recursos. Manual estratégico para organizaciones no lucrativas. Madrid. IFD.
- Martín Montes, F.J. (1999). Papel de las Asociaciones. En El movimiento asociativo por los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental (pp. 95). IX Jornadas FEAFES. Logroño.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. (1999). La iniciativa privada y los servicios sociales. Col. Documentos Técnicos (pp. 70). Madrid: IMSERSO.
- Moruno, P. (2003). La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental. *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com.
- Moreno Izquierdo, J.A. (1997). Ética, empresa y fundaciones. En Argandoña Ramiz, A., Cortina Orts, A., De Ansorena Cao, A. y cols. Ética y empresa: una visión multidisciplinar (Pp. 31). Madrid: Fundación Argenteria-Visor.
- National Alliance for the Mentally III (2000). Facts about mental illness.
- Rogers, E.S., Walsh, D., Massotta, L. et al. (1991). Massachusetts survey of clinet preferences for Community Support Services (Final report). Boston: Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation,.
- Torrey, W.C., Becke, D.R., Drake, R.E. (1995). Rehabilitation day treatment vs. Supported employment II. Consumer, family and staff reactions to a program change. *Psychosocial Rehabilitation J.*, 18, 67-75.
- United Nations. Commission for Social Development (2000). Fundamental rights of disabled persons consistently violated around world. 1ª Press Release SOC/4528 4th meeting (PM) 9 Febrero.
- Wehman, P. (1988). Supported employment: toward zero exclusion of persons with severe disabilities. En: Wehman, P., Moon, M.S. (Eds.). Vocational Rehabilitation and Supported Employment. Baltimore: Brookes.
- www.sane.org (observatorio contra el estigma).
- www.forosaludmental.info (Observatorio del Foro en salud mental).
- www.amps.info Borrador del documento de consenso del IMSERSO-Rehabilitación y reinserción social de las personas con trastorno mental severo.
- www.intras.es Fundación INTRAS (Investigación y tratamiento en salud mental y servicios sociales).

PAPÉL DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS
NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Isabel Fazenda
Fundación FNERDM

Nos últimos 15 anos tem-se assistido, em Portugal, à criação de novas organizações não governamentais, com o estatuto de IPSS, ou de associações ou de cooperativas, cujos objectivos se situam no âmbito da reabilitação psicossocial dirigida à população com doença mental, e que intervêm ao nível da comunidade, apesar de algumas delas terem surgido a partir de serviços de saúde mental oficiais.

Estas organizações têm desempenhado um papel importante que se pode definir como inovador, mobilizador de recursos, demonstrativo e dinamizador.

Papel inovador: Há vinte anos atrás, o que se fazia em reabilitação psiquiátrica eram acções confinadas a uma finalidade terapêutica ou ocupacional: terapia ocupacional, socioterapia, psicoterapia institucional, etc. Não pondo em causa a validade dessas acções, é evidente que elas não estavam direccionadas para a integração social e profissional dos doentes, nem para a promoção dos seus direitos de cidadania.

As intervenções dos anos mais recentes vieram trazer uma perspectiva nova, a da reabilitação profissional e residencial, cujo objectivo é, claramente, procurar uma integração na comunidade através do trabalho, da habitação e do lazer.

A influência da Iniciativa Comunitária Horizon, que proporcionou múltiplos contactos com outros países europeus, não foi decerto estranha a este desenvolvimento. Foi o necessário impulso para o arranque de projectos inovadores em Portugal, visto que, se as necessidades já eram sentidas, nos faltava o "know how" e os financiamentos decisivos.

Mobilização de recursos: Uma flexibilidade de organização, uma capacidade de decisão rápida, uma ausência de burocracia pesada, são características que têm permitido a estas organizações aproveitar recursos, quer provenientes de financiamentos comunitários quer de programas nacionais, nomeadamente do Instituto de Emprego e Formação Profissional e dos Centros Distritais de Segurança Social, e mais recentemente do Ministério do Trabalho e da Solidariedade através dos Programas Integrar e Constelação, que anteriormente não estavam a ser utilizados para actividades ligadas à Saúde Mental.

Mais recentemente nova legislação veio permitir um novo salto em frente com a possibilidade de criação das Unidades de Vida e Foruns Socio-ocupacionais, e das Empresas de Inserção.

Também a mobilização de recursos humanos tem sido uma nota dominante nestas instituições, através do recrutamento, motivação e formação de técnicos "reabilitadores" de vários sectores profissionais: assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, e outros.

Papel demonstrativo: A realização de projectos já concretizados nos últimos anos veio demonstrar a possibilidade de levar a cabo acções e resultados que há vinte anos atrás eram vistos como inviáveis.

Em Portugal, até há pouco tempo, os financiamentos têm vindo apenas do Ministério do Trabalho e Solidariedade e o Ministério da Saúde tem estado comodamente alheado das necessidades existentes na área da reabilitação dos doentes mentais. Só muito recentemente esta situação se alterou com a publicação do Despacho Conjunto 407/98, e mesmo assim o papel do Ministério da Saúde parece-me ainda muito passivo. Neste momento está a ser preparada uma nova Lei de Bases para a Deficiência e espero que o Ministério da Saúde não fique, mais uma vez à margem destas questões.

Papel dinamizador: Outro papel importante que as ONG têm desempenhado tem a ver com a promoção da informação, participação e maior responsabilidade dos utentes e

familiares no processo de reabilitação. Este processo tem uma vertente social indispensável, que consiste na sensibilização de entidades públicas e privadas, e da opinião pública para as necessidades, direitos e capacidades da população com doença mental.

Neste aspecto assume alguma relevância a criação, em 1997, de uma Federação que reúne entidades, públicas e privadas investidas na reabilitação psicossocial – a FNERDM – Federação de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. Esta Federação tem participado em órgãos consultivos como o Conselho Nacional de Saúde Mental, tem assumido uma participação activa nos foruns públicos onde se têm discutido as problemáticas da Reabilitação Psicossocial. Neste momento está envolvida num diálogo frutífero com o Secretariado Nacional para a Reabilitação, para que as necessidades dos doentes mentais sejam contempladas nas medidas dirigidas à população com deficiência, nomeadamente a nova Lei de Bases da Deficiência.

A participação activa dos doentes e seus familiares é condição para que se mudem os preconceitos e estereótipos sociais acerca da doença mental, e para que os programas e políticas de Reabilitação seja adequados às reais necessidades das pessoas a quem se dirigem.

As estratégias de empowerment, tanto com os utentes como com as famílias, têm conduzido ao aparecimento de grupos de auto-ajuda e associações, até agora mais na área das famílias do que na dos utentes, empenhados em terem uma voz activa nas medidas de política dirigidas às pessoas com doenças mentais.

Gostaria agora de referir algumas estruturas e serviços que podem ser desenvolvidos pelas ONG:

1. Avaliação e Orientação de candidatos enviados pelos serviços de saúde mental ou outros, ou vindos de moto próprio, e que necessitam de ser seleccionados para as diversas soluções possíveis.
2. Formação Profissional, destinada a pessoas com capacidade e motivação para a aprendizagem de uma profissão e integração profissional. Pretende fornecer uma qualificação adequada a emprego.
3. Promoção de Emprego, apoio na procura de emprego, clubes de emprego, promoção de competências laborais, para pessoas com ou sem formação profissional prévia. Sensibilização das entidades empregadoras.
4. Emprego apoiado ou acompanhamento postcontratação, para pessoas colocadas no mercado de trabalho que precisam de apoio para manutenção do emprego.
5. Empresas de Inserção, destinadas a fornecer postos de trabalho a pessoas com dificuldade de se inserir num mercado de trabalho cada vez mais competitivo. Podem assumir a forma de cooperativas ou de pequenas empresas.
6. Treino de Competências Sociais para pessoas que necessitam de treino do comportamento e dos papéis sociais.
7. Actividades Socio-ocupacionais, centros de dia clubes, agora enquadrados legalmente com a designação de Foruns Socio-ocupacionais destinados a pessoas que procuram uma actividade não profissional ou de lazer.
8. Residências Comunitárias para pessoas isoladas, sem apoio familiar e sem capacidade para viverem totalmente autónomas. Designadas legalmente como Unidades de Vida Apoiada, Unidades de Vida Protegida e Unidades de Vida Autónoma, conforme o grau de dependência dos seus utentes.

9. Apoio Domiciliário que permita aos doentes permanecerem nas suas casas mesmo quando se encontram sós por morte dos familiares mais próximos, com um apoio programado e sistemático. Este apoio deve dirigir-se à aprendizagem das actividades da vida diária e não apenas à substituição do doente nessas tarefas.

10. Grupos de Auto-ajuda, quer constituídos por doentes, quer por familiares.

11. Apoio Jurídico, para pessoas que precisam de orientação legal para defesa dos seus direitos.

12. Linhas Telefónicas S.O.S. para pessoas isoladas ou em situação de risco.

Todas estas intervenções ou estruturas exigem uma articulação com os Serviços de Saúde Mental que asseguram as outras fases do processo terapêutico: a prevenção e o tratamento, para permitir a complementaridade e a continuidade de cuidados na comunidade.

Nem sempre esta articulação está isenta de acidentes de percurso, dificuldades de comunicação ou mesmo conflitos. É para os técnicos um desafio estimulante envolver-se nestas parcerias, que são condição indispensável da maior rentabilização dos recursos em favor da pessoa com problemas de doença mental.

Por outro lado é preciso não esquecer o papel das redes sociais naturais, a família, os vizinhos, os amigos, na construção de um sistema de suporte que é parte integrante do processo de reabilitação e participação social.

VOLUNTARIADO EN SALUD MENTAL

Argimiro Gómez Sánchez
Consortio Hospitalario de Salamanca

Cuando hablamos de voluntariado estamos haciendo referencia a una realidad, consolidada en nuestro país, de expresión de solidaridad que se ha constituido en protagonista de la revitalización de la sociedad civil (Marbán Gallego, V.).

Más allá de consideraciones terminológicas y conceptuales, más allá de su propia promoción e institucionalización, cuando hablamos de voluntariado nos referimos a una relación de ayuda, a un compromiso con los más débiles, con los que se quedan al margen de la globalización económica, con los olvidados... Y es aquí donde encontramos los problemas que están dificultando la promoción del voluntariado en el ámbito de la salud mental.

Decía el doctor Chicharro en la presentación a los medios de comunicación de este Congreso, que la sociedad sigue teniendo miedo a lo diferente; yo añadiría que también a lo desconocido... y, sobre la realidad de los enfermos mentales sigue existiendo mucho desconocimiento, muchos falsos mitos y mucha desinformación.

Para que una sociedad asuma algo como propio de su realidad, primero tiene que conocerlo, luego reconocerlo; y eso será lo que propicie la sensibilización suficiente para integrarlo.

Ese objetivo de sensibilización social es el que ha de perseguir el movimiento del voluntariado en salud mental; y para ello, la función primera y principal del voluntariado la podríamos denominar como la función de ESTAR.

No quisiera ser odioso con la comparación, pero los voluntarios castellano-leoneses que ESTUVIERON en la recuperación del litoral gallego tras la catástrofe del "Prestige" ascendieron a más de dos mil trescientos (2.347, exactamente), hasta finales del 2002. En esa misma fecha, el número de voluntarios castellano-leoneses en el ámbito de la salud mental no superaba el centenar de personas; y muchos de ellos, que actúan como voluntarios, son los propios familiares, agrupados en las diferentes asociaciones (12 en Castilla y León).

¿Cuál es el problema?: La sociedad reconoció la catástrofe del "Prestige" y se sensibilizó con ella; sin embargo, aún no reconoce la situación y la problemática de los enfermos mentales y no se sensibiliza con este colectivo.

En este sentido, habría que potenciar el voluntariado desde los propios dispositivos de salud mental y desde los programas de intervención, fundamentalmente desde aquéllos que actúan más próximos a la comunidad.

Desde la Unidad de Rehabilitación de Salamanca se viene desarrollando una acción de autoayuda en la que participan voluntarios:

Se trata de organizar, impulsar y promover un grupo de autoayuda formado por enfermos mentales que se apoyan mutuamente a través de diferentes acciones:

- Información: Se transmiten información unos a otros sobre recursos sociales, actividades que les puedan interesar, posibilidades y oportunidades de empleo, etc.
- Ayuda mutua: Se interesan por las circunstancias de algún compañero cuando éste no acude al grupo... le llaman por teléfono, le visitan, etc.
- Ayuda a otros compañeros: Dos componentes del grupo, a veces tres, acuden todas las semanas a la Unidad de Rehabilitación; y allí se entrevistan con los enfermos que hayan ingresado esa semana. En estas entrevistas informan a los enfermos sobre la Unidad de Rehabilitación, les cuentan su propia experiencia, les animan a seguir el programa de rehabilitación; y todo ello, no como lo haríamos los propios profesionales, sino de una manera menos formal, menos institucionalizada, más de tú a tú.

Pues bien, en este grupo están los voluntarios. Ellos, a su vez, sirven de apoyo al grupo, les animan a continuar, les acompañan cuando la gestión a realizar les resulta más compleja, les transmiten información, etc.

Otra función del voluntariado en salud mental sería la de COMPRENDER.

Esto es algo de lo que saben mucho los familiares y las asociaciones: ¿cómo hacer frente a la situación de tener un enfermo mental en la familia?

Los voluntarios, más allá de la comprensión científica, del análisis clínico-psiquiátrico de la situación, están con las familias, comprendiendo su dolor, su desconcierto, su inseguridad. Los voluntarios están a su lado, COMPRENDIENDO. Como dice el profesor Joaquín García Roca, *"sólo cuando lloramos entendemos el valor de las lágrimas"*.

Pero para esa COMPRENSIÓN es importante la formación; y eso es algo que a los voluntarios se les debe proporcionar desde los propios dispositivos y desde la Administración.

En este sentido, es de justicia reconocer el esfuerzo que están realizando las asociaciones de familiares a través de las acciones de promoción del voluntariado, tales como la celebración de Jornadas Regionales de Voluntariado en Salud Mental y de la consolidación de la Plataforma del Voluntariado.

Esa formación que lleva a la COMPRENSIÓN es fundamental para el objetivo de sensibilización. De esa forma podría romperse ese círculo vicioso que nos lleva al hecho de que existen pocos voluntarios en salud mental porque no se conoce la realidad de este colectivo; y al no existir voluntarios, la promoción social de este colectivo es escasa y no se produce el reconocimiento social necesario para la sensibilización.

Finalmente, habría que referirse a la función de RECONOCER.

Decíamos antes que cuando la sociedad reconoce un fenómeno, se sensibiliza con él.

Es cierto que la Reforma Psiquiátrica en España ha propiciado grandes cambios en la asistencia psiquiátrica, pero yo creo que desde el planteamiento comunitario que propugnaba, la reforma se ha hecho sin contar con la comunidad... Es cierto que actualmente los dispositivos están más próximos a los ciudadanos (ahí están los Centros de Salud Mental y los Equipos de Salud Mental integrados en los Centros de Salud), pero a los enfermos mentales la sociedad sigue sin reconocerlos. Los enfermos mentales siguen teniendo dificultades de acceso a la participación, a los servicios sociales, al empleo.

Hace 25 años, en nuestro país, cuando en una familia aparecía una situación de discapacidad, esa situación se convertía en un drama humano y familiar; y con frecuencia, se ocultaba.

La promulgación de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI); y su posterior desarrollo, han hecho posible que la realidad de las personas con discapacidad sea hoy, afortunadamente, muy diferente. Son personas aceptadas socialmente, con posibilidades de integración en el sistema educativo, en el mercado de trabajo, etc.

La Ley, en este caso, ha supuesto un instrumento fundamental de promoción y sensibilización porque arbitra medidas y recursos para que se produjera el RECONOCIMIENTO social necesario para la sensibilización.

Los enfermos mentales estuvieron siempre al margen, también, de las clasificaciones de discapacidad. En la actualidad, podemos apreciar cómo esto está cambiando; y el movimiento del voluntariado, junto con las asociaciones y los profesionales deben aprovechar cualquier oportunidad para que los enfermos mentales empiecen a ser RECONOCIDOS.

El Año Europeo de las Personas con Discapacidad es una oportunidad para ese reconocimiento; y desde ahí, ir creando una cultura de la solidaridad en la que TODOS podamos participar, porque en una sociedad fuerte, TODOS somos necesarios para su desarrollo. Un desarrollo que nos lleve a una sociedad más justa, igualitaria y democrática. Ese será el reto del voluntariado.

BIBLIOGRAFÍA:

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, 2002.

FEAFES: Voluntarios en la salud mental. Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. Madrid.

GARCÍA ROCA, J. *"Oportunidades y perspectivas de futuro para el voluntariado"* en Ponencias del 5º Congreso Estatal del Voluntariado. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales. Valladolid, 2002.

MARBÁN GALLEGO, V. *Aportación económica y social del voluntariado a la sociedad*, en Ponencias del 5º Congreso Estatal del Voluntariado. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales. Valladolid, 2002.

Memoria 2002 de la Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales. Valladolid, 2002.

Memoria 2002 de la Federación Castellano-Leonesa de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES Castilla y León). Valladolid, 2002.

Mesas Redondas

Evaluación y gestión de salud mental comunitaria

INFORME SOBRE LOS RECURSOS Y EL FUNCIONAMIENTO
DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA

UNA EVALUACIÓN SIN MEDIOS

Manuel Gómez-Beneyto
Manuel Girón Giménez
Mikel Munarriz Ferrandis
José Salazar Fraile
Rafael Tabarés Seisdedos

En esta comunicación se resume el desarrollo y los resultados de un estudio sobre la estructura y el funcionamiento de los servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Valenciana. También se muestran algunas conclusiones extraídas de la elaboración de sus resultados. Involuntariamente es, también, una muestra de cómo evaluar sin medios.

Se articula en tres partes:

- La descripción cuantitativa de los recursos asistenciales sanitarios y sociales será tratada en el capítulo RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS.
- La evaluación cualitativa del funcionamiento del sistema en relación con los principios básicos de la asistencia sanitaria general se tratará en el capítulo ENCUESTA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO.
- La evaluación se completará con una estimación de la satisfacción de los usuarios que se expondrá en el capítulo ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Se efectúa dentro de un marco concreto que conviene detallar:

1. Su objetivo fundamental no es académico, sino poner en manos de los implicados datos empíricos que permitan una mejora de la situación, que se percibía como insatisfactoria.
2. La constatación de que ninguna instancia de la Administración disponía de esta información.
3. Se hace prácticamente sin financiación. Ha sido posible gracias a la colaboración voluntaria y desinteresada del equipo de profesionales y de las personas encuestadas.
4. Los autores comparten un modelo comunitario de atención a la Salud Mental que sirve de referente para la evaluación y el análisis. Una exposición de este modelo puede encontrarse en el trabajo coordinado por MF Bravo para la AEN. O más simplemente, en la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad) y en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. También se han tenido en cuenta los conceptos del modelo matricial descrito por Thornicroft y Tansella aunque sin aplicar este modelo evaluativo en su totalidad.

El interés inicial de los autores se vio potenciado por el encargo de la Defensora del Pueblo de la Comunidad Autónoma (Sindica de Greuges) motivado por la frecuencia de las quejas que se recibían en esa institución sobre las condiciones de asistencia a los enfermos mentales. Este encargo no se llegó a materializar debido a los cambios en la Sindicatura, que optó por desarrollar por su cuenta otro estudio.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

En esta sección se detallan los recursos humanos y los dispositivos de atención a la Salud Mental disponibles en el País Valenciano durante el periodo de enero del 2001 a enero del 2002. Esta sección de recursos humanos y dispositivos corresponde a información sobre la estructura del servicio de salud mental. Describen cuáles son los dispositivos, dónde están, con qué personal cuentan y de qué instituciones depende este personal.

MÉTODO

Se ha recogido la información de los recursos humanos y dispositivos para la atención de salud mental con financiación pública, tanto de gestión pública como privada, del País Valenciano.

Para su obtención se ha contado con informantes en cada una de las áreas con conocimiento directo de la situación. En caso de duda se ha contactado directamente con los dispositivos para comprobar la información. También se han utilizado documentos oficiales.

Las modificaciones que se hayan producido a partir de Diciembre del 2001 no están registradas

Algunos centros funcionan con personal compartido con otros dispositivos (por ejemplo, servicios sociales municipales) o contratado a tiempo parcial. El tiempo de dedicación ha sido tomado en consideración a la hora de establecer las tasas. Esto explica la presencia de decimales en los datos de personal. Por ejemplo, si un profesional trabaja 20 horas a la semana se ha contado como 0,5. También hay centros, que atienden a personas con retraso mental y a enfermos mentales. Esto ha sido tomado en consideración a la hora de cuantificar las plazas del dispositivo destinadas a enfermos mentales.

Los profesionales desempeñan funciones directivas o de administración, al no tener que ver con la actividad clínica, han sido incluidos en el apartado de «otros».

No se han incluido en este estudio los dispositivos terapéuticos que determina la Ley del Menor, los Centros de Orientación Familiar que, en algunos casos, desarrollan actividades psicoterapéuticas, ni los Médicos, Psicólogos y Enfermeros Residentes. Tampoco es objeto de este estudio la atención psiquiátrica forense y penitenciaria.

Para el cálculo de las tasas de recursos se han utilizado los datos del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad (SIP) correspondientes a Mayo del 2002. La distribución por áreas y zonas de salud corresponde a las Ordenes 3053/93 y 162/95 de la Conselleria de Sanidad y Consumo. El territorio valenciano está dividido en 20 áreas de salud (Figura 1) y su población se muestra en la Tabla 1.



TABLA 1
POBLACIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD DEL PAÍS VALENCIANO

Area	Comarcas		Població
1	Castelló- Nord	Els Ports de Morella, Alt i Baix Maestrat	74788
2	Castelló- Centre	Planes Alta i Baixa, l'Alcalaten, Alto Mijares	403211
3	Sagunt i Palancia	Camp de Morvedre, Alto Palancia	127565
4	Malvarrosa i Horta Nord	Valencia i Horta Nord	308997
5	Arnau i Túria	Valencia, Camp del Túria, Los Serranos, El Rincón de Ademuz	255081
6	H. La Fe	Valencia, Hoya de Buñol	317837
7	Requena Utiel	Plana de Utiel-Requena, Valle de Cofrentes	49493
8	H. General	Valencia Horta Sud	344973
9	Valencia Sur i H. Peset	Horta Sud	356670
10	La Ribera	Riberes Alta i Baixa	240350
11	La Safor	La Safor	154661
13	La Costera i V Albaida	La Costera, La Vall d'Albaida, la Canal de Navarrés	188889
12	La Marina	La Marina Alta	146525
14	Alcoi	L'Alcoià, El Comtat	134726
15	Marina Baixa Benidorm	La Marina Baixa	142772
16-18	Alacant	L'Alacantí	420308
17	Alt Vinalopo	Alto y Medio Vinalopó	203865
19	Baix Vinalopo	Baix Vinalopó	250980
20	La Vega Baja	Vega Baja	244797
Total			4370766

RECURSOS HUMANOS

En el conjunto del País Valenciano hay 1.545 puestos de trabajo de financiación pública en la atención a la Salud Mental. En esta cifra se incluyen también los profesionales a tiempo parcial, de manera proporcional a su dedicación horaria.

Su distribución por profesiones es la siguiente:

TABLA 2
NÚMERO Y TASAS POR 10⁵ HABITANTES DE PROFESIONALES
PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL PV

	Número	Tasa 100000h
Psiquiatras	225,4	5,16
Psicólogos	178,39	4,08
DUE	257,72	5,90
Auxiliares de Enfermería	411,3	9,41
Trabajadores sociales	67,43	1,54
Administrativos	60,9	1,39
Monitores	111,795	2,56
Médicos de Conductas Adictivas	43,425	0,99
Otros	189,09	4,33
Total	1545,45	35,36

En la Tabla 3 se muestran las tasas de personal incluyendo el perteneciente a los dispositivos provinciales y a los servicios de conductas adictivas. En esta tabla se ha repartido el personal de los dispositivos de ámbito provincial entre las áreas de manera proporcional a su población. Esta operación supone un artefacto porque gran parte de los dispositivos de ámbito provincial están situados en las capitales de provincia o sus alrededores y esto implica que, en la práctica, no pueden ser utilizados por los habitantes de las comarcas periféricas del territorio.

TABLA 3
TASAS DE PERSONAL POR 10⁵ HABITANTES EN RELACIÓN CON LAS ÁREAS DE SALUD DEL PV (INCLUYENDO
LOS DISPOSITIVOS DE ÁMBITO PROVINCIAL)

Área Total	Comarca		Psig	Psic	DUE	Aux	T. S	Adm	Mtres	MCA	Otros
1	Castelló- Nord	6,57	8,69	4,56	4,60	1,55	1,55	2,67	1,34	0,00	31,53
2	Castelló- Centre	5,63	6,94	7,14	11,55	1,95	0,68	2,11	0,76	1,29	38,04
3	Sagunt i Palancia	5,86	3,51	7,40	6,90	0,92	1,36	2,26	0,87	3,43	32,52
4	Malvarrosa i Horta Nord	4,61	2,87	5,17	4,62	0,69	2,32	2,51	0,80	5,79	29,39
5	Arnau i Túria	5,42	2,98	5,32	10,43	2,05	2,03	3,45	0,54	4,82	37,06
6	H. La Fe	7,76	3,76	9,03	12,36	1,71	2,21	3,20	1,03	4,07	45,14
7	Requena Utiel	4,79	4,65	3,30	2,50	0,90	0,58	2,26	0,09	3,43	22,51
8	H. General	6,32	2,76	5,66	10,31	1,93	1,73	2,96	0,15	4,82	36,64
9	Valencia Sur i H. Peset	6,63	2,83	5,09	6,26	1,45	1,82	2,79	0,99	4,82	32,70
10	La Ribera	3,67	2,38	4,04	7,19	0,56	1,41	2,26	0,50	3,43	25,44
11	La Safor	4,09	4,50	7,60	3,49	1,37	0,58	4,20	1,38	7,31	34,52
13	La Costera i V Albufera	4,45	4,80	7,48	9,34	0,78	1,63	3,32	0,61	3,43	35,85
12	La Marina	4,42	3,06	6,34	13,62	0,61	1,07	1,20	1,49	3,19	35,01
14	Alcoi	4,78	6,64	4,87	7,48	1,99	1,13	1,50	3,28	5,79	37,46
15	Marina Baixa Benidorm	5,23	3,83	3,30	7,48	1,47	1,09	3,41	1,62	3,19	30,61
16-18	Alacant	5,03	4,78	6,66	15,81	2,69	0,75	1,59	1,56	5,59	44,46
17	Alt Vinalopo	3,76	4,30	6,74	14,10	1,45	1,37	2,77	1,11	4,30	39,91
19	Baix Vinalopo	3,91	3,20	4,29	7,48	2,13	1,19	3,01	0,93	5,28	31,42
20	La Vega Baja	3,18	4,01	3,94	7,48	0,54	0,80	1,13	0,95	4,01	26,04

Si se tiene en cuenta únicamente los dispositivos situados en las áreas (o asignados en exclusiva a ellas), las tasas de personal por áreas aparecen en la tabla 4.

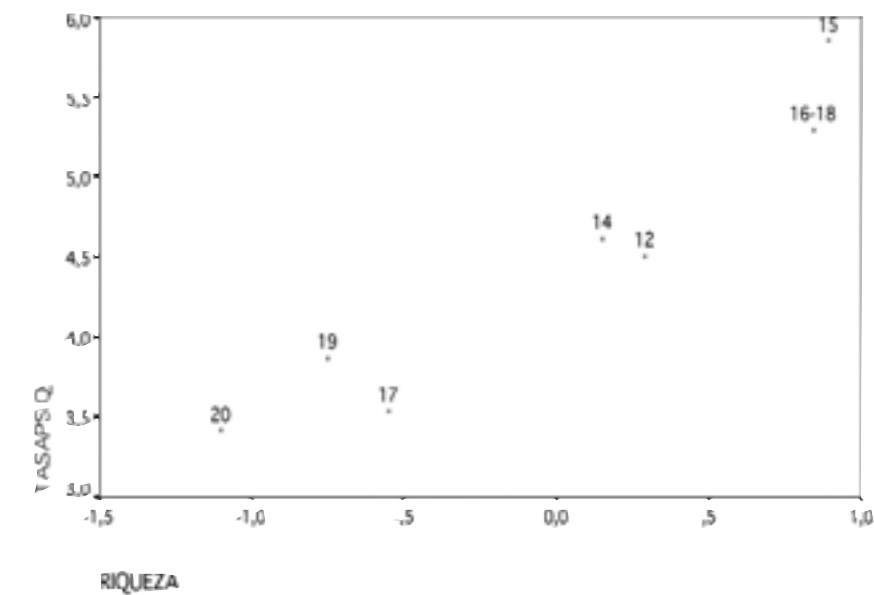
TABLA 4
TASAS DE PERSONAL POR 10⁵ HABITANTES EN RELACIÓN CON LAS ÁREAS DE SALUD DEL PV
(EXCLUYENDO LOS DISPOSITIVOS DE ÁMBITO PROVINCIAL).

Área	Comarca	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares	T.S	Amtvos	Mtr	Médicos	Otros	Totales
1	Castelló- Nord	6,15	8,69	2,67	0,00	1,34	1,34	2,67	1,34	0,00	24,20
2	Castelló- Centre	5,21	6,94	5,26	6,94	1,74	0,47	2,11	0,76	1,46	34,73
3	Sagunt i Palancia	5,64	3,21	6,27	4,70	0,78	0,78	0,00	0,78	0,00	22,18
4	Malvarrosa i Horta Nord	4,40	2,01	3,72	2,43	0,36	1,62	0,00	0,65	0,97	16,15
5	Arnau i Túria	4,90	1,96	3,72	8,23	1,57	1,18	0,78	0,39	0,00	22,74
6	H. La Fe	7,55	3,46	7,65	10,16	1,57	1,57	0,94	0,94	0,00	33,85
7	Requena Utiel	4,04	4,04	2,02	0,00	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00	10,71
8	H. General	5,80	1,74	4,06	8,12	1,45	0,87	0,29	0,00	0,00	22,32
9	Valencia Sur i H. Peset	6,42	1,96	3,64	4,07	1,12	1,12	0,28	0,84	0,00	19,46
10	La Ribera	3,45	2,08	2,91	4,99	0,42	0,83	0,00	0,42	0,00	15,10
11	La Safor	3,88	4,20	6,47	1,29	1,23	0,00	1,94	1,29	3,88	24,18
13	La Costera i V Albaida	4,24	4,50	6,35	7,15	0,64	1,06	1,06	0,53	0,00	25,52
12	La Marina	4,09	2,73	4,44	6,14	0,48	0,68	0,68	1,36	0,00	20,61
14	Alcoi	4,45	6,31	2,97	0,00	1,86	0,74	0,98	3,15	2,60	23,06
15	Marina Baixa Benidorm	4,90	3,50	1,40	0,00	1,33	0,70	2,89	1,49	0,00	16,21
16-18	Alacant	4,71	4,45	4,76	8,33	2,56	0,36	1,07	1,43	2,40	30,06
17	Alt Vinalopo	3,43	3,97	4,84	6,62	1,32	0,98	2,26	0,98	1,11	25,51
19	Baix Vinalopo	3,59	2,87	2,39	0,00	1,99	0,80	2,49	0,80	2,09	17,02
20	La Vega Baja	2,86	3,68	2,04	0,00	0,41	0,41	0,61	0,82	0,82	11,64

El personal no se reparte de manera uniforme entre todas las áreas de salud. Hay áreas que tienen el triple de personal por 1.00.000 habitantes que otras. Estas diferencias no parecen responder a razones de equidad (no son las áreas más necesitadas las que más personal tienen), sino a la manera en que los servicios son dotados por las instituciones encargadas.

Para las áreas de la provincia de Alicante hemos podido determinar la relación entre las tasas de profesionales con un índice ponderado de riqueza. La figura 2 muestra la relación entre el nivel de riqueza y la tasa de psiquiatras.

FIGURA 2
RELACIÓN ENTRE LA TASA DE PSIQUIATRAS Y EL NIVEL DE RIQUEZA EN LAS ÁREAS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE ALICANTE (PEARSON R = 0.97)



Estos resultados son los opuestos a los esperables si el principio de equidad estuviera garantizado en los procesos de planificación de dotación de recursos y son indicadores de problemas bien de falta de accesibilidad o de sobredotación en las áreas más ricas, sin embargo, una inspección de las tasas de dotación de recursos por áreas y su comparación con estándares permite excluir la segunda hipótesis.

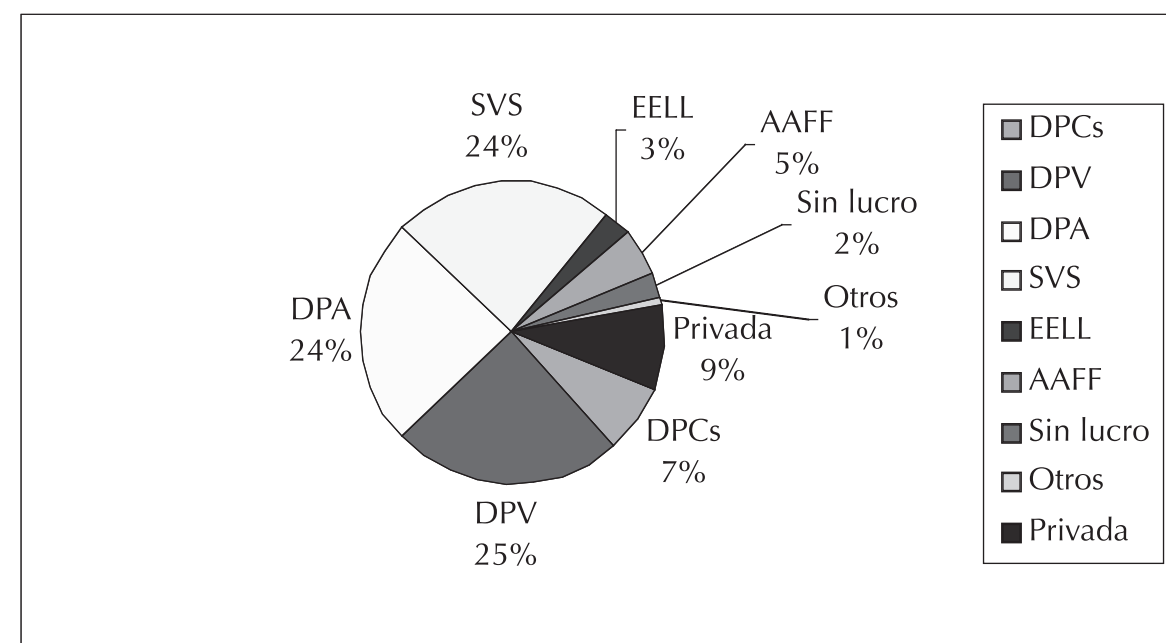
En la tabla 5 se muestran los porcentajes de profesionales que trabajan para cada una de las instituciones. En este cuadro se ha excluido la red de Toxicomanías que tenía, en ese momento, una dependencia combinada de diferentes instituciones.

La última columna (razón) es la proporción de personal que trabaja para la Conselleria en relación al que trabaja para la Diputación. Un 1 significa que todo el personal es de la Conselleria y un 0 que todo el personal es de la Diputación. No se han considerado en esta fórmula las otras instituciones.

TABLA 5
PORCENTAJES DE PERSONAL EN RELACIÓN CON SU DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA Y ÁREA DE SALUD.

Área	Comarca	DPCs	DPV	DPA	SVS	EELL	AAFF	Sin lucro	Otros	Privada	Total	Tasa	Razón
1	Castelló- Nord	0,00	0,00	0,00	52,05	47,95	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	19,52	1,00
2	Castelló- Centre	62,39	0,00	0,00	25,42	3,71	0,00	6,36	2,12	0,00	100,00	26,47	0,29
3	Sagunt i Palancia	0,00	23,72	0,00	67,98	5,93	0,00	0,00	2,37	0,00	100,00	19,83	0,74
4	Malvarrosa i Horta Nord	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	13,56	1,00
5	Arnau i Túria	0,00	83,33	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	21,17	0,17
6	H. La Fe	0,00	66,60	0,00	33,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	29,76	0,33
7	Requena Utiel	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	10,72	1,00
8	H. General	0,00	92,96	0,00	1,41	0,00	0,00	5,63	0,00	0,00	100,00	21,61	0,01
9	Valencia Sur i H. Peset	0,00	71,43	0,00	28,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	17,86	0,29
10	La Ribera	0,00	15,48	0,00	8,98	0,00	9,29	0,00	0,00	66,25	100,00	13,75	0,37
11	La Safor	0,00	6,37	0,00	57,01	0,00	36,62	0,00	0,00	0,00	100,00	22,10	0,90
12	La Marina	0,00	0,00	51,87	40,04	7,17	0,00	0,91	0,00	0,00	100,00	21,50	0,44
13	La Costera i V Albaida	0,00	4,47	0,00	76,06	0,00	1,57	0,00	17,90	0,00	100,00	24,70	0,94
14	Alcoi	0,00	0,00	0,00	75,94	16,94	7,12	0,00	0,00	0,00	100,00	16,17	1,00
15	Marina Baixa Benidorm	0,00	0,00	0,00	69,97	1,31	7,83	0,00	0,00	20,89	100,00	16,00	1,00
16-18	Alacant	0,00	0,00	74,99	8,49	0,00	16,53	0,00	0,00	0,00	100,00	27,10	0,10
17	Alt Vinalopo	0,00	0,00	37,06	36,41	0,00	26,53	0,00	0,00	0,00	100,00	20,16	0,50
19	Baix Vinalopo	0,00	0,00	0,00	48,06	34,11	17,83	0,00	0,00	0,00	100,00	14,49	1,00
20	La Vega Baja	0,00	0,00	0,00	62,22	37,78	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	11,01	1,00
Total	Total P. V.	7,25	24,52	24,21	23,85	2,97	5,07	2,45	0,83	8,84	100		0,30

DPCs: Diputación provincial de Castellón, DPV: Diputación Provincial de Valencia. DPA: Diputación Provincial de Alicante. SVS: Conselleria de Sanitat. Agencia Valenciana de la Salud. Servei Valencià de Salut. EELL (Entidades Locales). Son centros de titularidad municipal o de mancomunidades de municipios (se excluyen los propios de las Diputaciones). Se sufragan con fondos municipales y subvenciones AAFF (Asociaciones de Familiares). Gestión privada a cargo de las Asociaciones de Familiares. Sin lucro. Gestión privada encomendado a entidades sin ánimo de lucro (Cruz Roja Española, Caritas Diocesana) Privada. Gestión privada a cargo de empresas con ánimo de lucro Otros. Dispositivos cuya titularidad o financiación no puede incluirse en las otras columnas.



Como salta a la vista, las Diputaciones Provinciales son las principales empleadoras de profesionales. Entre las tres suman el 55% del personal, frente a apenas el 24% de la Conselleria de Sanitat. Esta situación contrasta con el resto de la asistencia sanitaria que es prestada casi exclusivamente por la Conselleria de Sanitat. La Generalitat Valenciana tiene transferidas las competencias en Sanidad, incluido el INSALUD desde 1988.

Este reparto de recursos entre las Diputaciones y la Conselleria de Sanitat, tampoco es igual para todas las áreas. En la tabla 5 se muestra la dependencia del personal de cada una de las áreas. Como puede verse en la tabla, las áreas centrales tiene mayor presencia de profesionales contratados por las diputaciones que las periféricas. Si se compara esta tabla con las tasas de profesionales por áreas, se puede ver que la mejor dotación de las áreas centrales esta en relación con la mayor presencia de la Diputación en estas áreas. O, dicho en otras palabras, que las áreas dependientes de la Conselleria tiene menos personal que las subvencionadas por las Diputaciones

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL EN DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y EN DISPOSITIVOS DE TIPO HOSPITALARIO

En el modelo de asistencia centrado en el Hospital Psiquiátrico, casi todos los profesionales trabajaban en él. La puesta en marcha de dispositivos extrahospitalarios supone que gran parte del personal trabaja en ellos. La proporción entre los profesionales que dependen de instituciones cerradas (Hospitales Psiquiátricos, Residencias, Unidades de Hospitalización) y de los que dependen de servicios comunitarios (USM, Servicios de Día...) es un indicador del grado en el que se ha desarrollado un modelo comunitario.

En tabla 6 se desglosa el personal según su trabajo se desarrolle en un medio cerrado hospitalario o en uno abierto comunitario.

TABLA 6
NÚMERO Y PORCENTAJE DE PROFESIONALES TRABAJANDO "DENTRO"
(EN DISPOSITIVOS NO COMUNITARIOS) Y "FUERA" (EN LA COMUNIDAD)

Centro	Psig	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Otros	Totales
Neuropsiquiatras	3,8	0	1	0	0	0	0	0	4,8
USM	148,5	68,6	58	51	21,4	19,5	5	2	374
USMI	11,4	10,4	5	2	3	2	2	0	35,8
S de Día	2,4	28,31	6	15	18,85	6,6	38,155	35,685	151
UTA	1,4	1,2	2	2	0	0,3	0	0	6,9
Pisos	0	0	0	0	0	0	0	8,5	8,5
PAD	0	3,5	1	6	2	0,5	0	2,9	15,9
Total fuera	167,5	112,01	73	76	45,25	28,9	45,155	49,085	596,9
% fuera	77,80	89,25	34,57	21,12	85,96	66,59	43,35	33,65	47,46
UHP	37,8	1,4	76	119,5	1,8	1,5	1	1	240
UMLE	5	3	38,5	147,5	3,5	12	15	83	307,5
CEEM	2	7,09	16,36	10,5	2,09	1	43	12,77	94,81
UTA Hosp	3	2	7,3	6,3	0	0	0	0	18,6
Total dentro	47,8	13,49	138,16	283,8	7,39	14,5	59	96,77	660,91
% dentro	22,20	10,75	65,43	78,88	14,04	33,41	56,65	66,35	52,54

UJSSMM: Unidades de Salud Mental. USMI: Unidades de Salud Mental Infantil. UTA: Unidades de Trastornos de la Alimentación. UHP: Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (agudos). URH: Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (crónicos). UMLE: Unidades de Media y Larga Estancia.

Como se puede apreciar, los profesionales casi se reparten todavía al 50% entre ambos tipos de dispositivos. Particularmente grave es la escasez en la comunidad de profesionales como enfermeros y auxiliares e incluso trabajadores sociales. Debe tenerse en cuenta en este sentido que se trata de profesiones que son la base del trabajo comunitario en otros países de nuestro entorno.

DISPOSITIVOS

Para la descripción de los dispositivos hay que contar con dos criterios básicos y universalmente aceptados. Uno es el carácter residencial o comunitario del dispositivo, que se concreta en si dispone o no de camas para los usuarios que se alojan en él (residencial) o solo acuden a él (comunitario)-

El otro es si el dispositivo tiene carácter, objetivo y funciones sanitarios o sociales. Corresponden al ámbito sanitario los objetivos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, que son desarrollados en dispositivos dependientes del Servicio de Salud por profesionales con currícula formativos en el ámbito de la Salud. La dispensación de estos servicios es universal al ser la Salud un derecho reconocido a todos los ciudadanos.

Corresponden al ámbito social los dispositivos cuyo objetivo es el de satisfacer las necesidades de vivienda, manutención, trabajo, ocio y tiempo libre, etc. Atañe su desarrollo a la

red de Servicios Sociales, cuya organización es diferente al de Salud. En la práctica, además, su cobertura es graciable, sin alcanzar la universalidad de la atención sanitaria.

En algunas actividades concretas es difícil hacer esta distinción, pero es importante que quede clara a nivel funcional y organizativo. La confusión de ambos tipos de funciones es una causa conocida de inequidad, falta de coordinación y continuidad de los cuidados y de baja eficacia de las actividades asistenciales. Se asocia también a los efectos dañinos propios de las instituciones totales.

Al intentar aplicar estos criterios a la realidad asistencial valenciana, no ha sido posible clasificar satisfactoriamente los dispositivos. Esta imposibilidad se centra en los dispositivos de día y en los residenciales. Esta indefinición no es sólo a nivel de funcionamiento sino que alcanza a las normas legales que lo regulan. Por ejemplo, los Centros de Rehabilitación e Inserción Social y los Centros Específicos para Enfermos Mentales, que dependen de la Conselleria de Bienestar Social, declaran objetivos sanitarios de rehabilitación o prevención, sin que las condiciones de acceso de los usuarios o la selección del personal responda a esos objetivos.

La situación podría definirse gráficamente diciendo que la línea que separa los dispositivos sanitarios de los sociales en nuestra Comunidad Autónoma esta desplazada hacia estos últimos, de manera que se les han asignado funciones sanitarias que no les corresponden, aún existiendo claras carencias en el ámbito de competencia estrictamente social.

A partir de este marco general, ¿cuáles son los dispositivos asistenciales existentes en la Comunidad Autónoma?

SERVICIOS COMUNITARIOS Y AMBULATORIOS

Unidades de Salud Mental

Las Unidades de Salud Mental (USM) son el dispositivo básico de la red y así se define en todos los Planes de Salud Mental que se han desarrollado.

Se trata de un equipo interdisciplinar situado en el territorio y que se ocupa de la atención a un área determinada. Constituyen la puerta de entrada primordial al sistema de cuidados y el nudo de coordinación de y con todos los servicios tanto de la red de Salud Mental como la Sanitaria y la de los Servicios Sociales. Además presta la atención directa ambulatoria, domiciliaria y de urgencias a los pacientes de su demarcación.

Por otro lado, todavía subsisten algunos dispositivos de antes de la Reforma. Son los Neuropsiquiatras de Zona y las Consultas Externas de algunos Hospitales. Esto significa que todavía hay ciudadanos de la Comunidad Autónoma cuyo nivel de asistencia es la correspondiente a la que tenían hace 20 años (15). Donde más persisten es en las ciudades de Valencia y Alicante. Para Alicante su cobertura esta bien determinada. En el Hospital Dr. Peset hay una Consulta Externa de Psiquiatría que no está sectorizada. Se ha incluido la plaza de psiquiatra del Hospital de Elda que no se ha podido clasificar ni como neuropsiquiatra ni como psiquiatra de USM.

En la tabla 7 se detallan su localización, dotación y cobertura.

TABLA 7
CONSULTAS DE NEUROPSIQUIATRÍA

	Dispositivo	Psiquiatras	DUE	Cobertura
SVS	CE Monteolivete (Neuro) Valencia	2		
SVS	CE Juan Llorens (Neuro) Valencia	1		
SVS	Neuropsiquiatra de Zona Alzira	1		
SVS	Consultorio C/Gerona 1 (Alicante)	1,5		40000
SVS	Consultorio C/ Gerona 2 (Alicante-ciudad)	1,5	1	40000
SVS	Hospital de Elda	1		¿?
SVS	Neuropsiquiatras adscritos al CSM Malvarrosa	2		Integrada
Total	Psiquiatras fuera de USM	11	1	

El resto de Unidades se extienden por el territorio como se detalla en la tabla 8:

TABLA 8
UNIDADES DE SALUD MENTAL

Área	Institución	Centro	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares	T.S.	Amtvo	Mtr	Otr	Total	Poblac	Tasa
1	SVS	USM- UHP Vinar	3,6	2	1	0	0	0	0	0	6,6	74778	8,83
2	SVS-DPCs	USM Castellón 1	2	1	1	0	0	0	0	0	4	75030	5,33
2	SVS-DPCs	USM Castellón 2	2	2	1	0	0	0	0	0	5	72040	6,94
2	SVS-DPCs	USM Castellón 3	2	2	1	0	0	0	0	0	5	57131	8,75
2	SVS-DPCs	USM Vila.real	2	1	1	1	0	0	0	0	5	63901	7,82
2	SVS-DPCs	USM Vall d'Uixó	2	1	1	0	0	0	0	0	4	29205	13,70
2	SVS-DPCs	USM Borriana	2	1	1	1	0	0	0	0	5	56333	8,88
3	SVS-DPV	USM Sagunt	3,6	0,2	2	1	0	1	0	0	7,8	83445	9,35
3	SVS	USM Segorbe	1	0,2	0	0	0	0	0	0	1,2	22596	5,31
3	SVS	USM Puçol	1	1	0	0	0	0	0	0	2	20530	9,74
4	SVS	USM Foios	2,5	1	1	0	0	1	0	0	5,5	68130	8,07
4	SVS	USM Malvarrosa	4,6	1,2	1	1	0,5	1	0	2	11,3	110813	10,20
4	SVS	CCEE H. Clínico	3,5	1	0	1	0,3	0,5	0	0	6,3	108461	5,81
5	DPV SVS	USM Burjassot	3,5	1	1	3	1	1	0	0	10,5	37792	27,78
5	DPV SVS	USM Paterna	3	1	0	5	1	1	0	0	11	67533	16,29
5	DPV SVS	USM Godella	2	0	0	1	1	1	1	0	6	52987	11,32
5	DPV	USM Liria	2	1	1	2	1	0	1	0	8	75172	10,64
6	DPV SVS	USM Trinitat	7	2	1	3	1	2	0	0	16	148787	10,75
6	DPV	USM Buñol	1	0	0	1	0	0	1	0	3	35501	8,45
6	DPV	USM Manises	3	1	1	3	0	1	1	0	10	25170	39,73
6	DPV	USM Mislata	2	1	1	2	1	0	0	0	7	64390	10,87
7	SVS	USM Requena	2	2	1	0	0,3	0	0	0	5,3	49448	10,72
8	DPV	USM Torrent	3,5	2	1	2	1	0	0	0	9,5	109510	8,68

8	DPV	USM Aldaia	3,5	2	1	2	1	0	0	0	9,5	73052	13,00
8	DPV	CCEE H General	7,5	1	2	5	2	1	0	0	18,5	90847	20,36
9	DPV-SVS	USM Catarroja	5,6	1	1	3	1	2	0	0	13,6	106389	12,78
9	DPV	USM St Marcel.If		4,4	1	2	2	1	1	0	0	11,4	0 0!
9	DPV	CCEE H. Peset	0	0	1	0,5	0	0	0	0	1,5	0	—
9	DPV	USM Font St Lluís	6	2	1	1	1	1	1	0	13	214972	6,05
10	UTE SVS	USM Alzira	2,2	0,8	1	0	0	1	0	0	5	111336	4,49
10	UTE SVS	USM Sueca	1,8	1	1	0	0	0	0	0	3,8	43881	8,66
10	UTE SVS	USM Carlet	1,6	1	1	1	0	0	0	0	4,6	79630	5,78
11	SVS	USM Gandia 1	3	1	2	0	0,3	0	0	0	6,3	100229	6,29
11	SVS	USM Tabernes	1	1	1	0	0,3	0	0	0	3,3	21195	15,57
11	SVS	USM Oliva	1	1	0	0	0,3	0	0	0	2,3	20654	11,14
13	SVS	USM Xàtiva	3,6	2	1	2	0	1	0	0	9,6	125808	7,63
13	SVS	USM Ontinyent C298	2	1	0	0	0	1	0	0	4	51547	7,76
12	SVS	USM Denia	3	2	1	0	0	1	0	0	7	68905	10,16
12	SVS	USM Xàbia	1	1	1	0	0	0	0	0	3	21393	14,02
12	SVS	USM Calp	1	0	0	0	0	0	0	0	1	37493	2,67
14	SVS	USM Alcoi-Ibi	4	3	3						10	130273	7,68
15	SVS	USM La Vila	1	1	1	0	0	0	0	0	3	34863	8,61
15	SVS	USM Benidorm	2,5	2	1	0	0,4	1	0	0	6,9	50431	13,68
15	SVS	USM Altea-Alfas-Callos	1	0	0	0	0	0	0	0	1	34680	2,88
16-18	DPA	USM Ciudad Jardín	2	1	2	1	1	0	0	0	7	35000	20,00
16-18	DPA	USM Los Angeles	1	1	1	1	1	0	0	0	5	25000	20,00
16-18	SVS	USM Hosp Provincial	2	1	1	0	0	0	0	0	4	55000	7,27
16-18	DPA	USM Alicante Centro	3	1	1	2	1	0	0	0	8	38000	21,05
16-18	DPA	USM Florida-Babel	2	1	1	2	1	0	0	0	7	57688	12,13
16-18	DPA	USM San Vicente	2	1	1	1	1	0	0	0	6	38180	15,72
16-18	DPA	USM San Juan	2	1	1	1	1	0	0	0	6	57688	10,40
17	SVS	USM Villena	1	1	1	0	0	0	0	0	3	48168	6,23
17	SVS	USM Elda	2	1	1	0	0	0	0	0	4	52751	7,58
17	SVS	USM Novelda Aspe	1	1	1	0	0	0	0	0	3	51178	5,86
17	SVS	USM Petrel	1	1	1	0	0	0	0	0	3	38590	7,77
19	SVS	USM Toscar	3	1,2	2	0	0	0	0	0	6,2	106233	5,84
19	SVS	USM Altavix	4	2	2	0	0	0	0	0	8	126426	6,33
20	SVS	USM Orihuela	2	2	1	0	0	0	0	0	5	69046	7,24
20	SVS	USM Torrevecija	2	1	1	0	0	0	0	0	4	77028	5,19
20	SVS	USM Almoradí	1	1	1	0	0	0	0	0	3	58350	5,14
		Totales	148,5	68,6	59	51,5	21,4	19,5	5	2	375,5	4370766	8,59
		Tasas por 100.000 h.	3,40	1,57	1,35	1,18	0,49	0,45	0,11	0,05	8,59		

La composición promedio de los equipos es de 6,34 personas. El equipo típico (moda) tiene 5 miembros. En el más numeroso (CCEE del Hospital General de Valencia) trabajan 16 personas. En el menos (USM Calp, Segorbe y Alfás) 1 psiquiatra. Hay USM dotadas con 6 veces más profesionales que otras.

Todas las USM tienen psiquiatras y prácticamente todas DUE, psicólogos y auxiliares. Trabajadores sociales y administrativos hay en menos de 1/3 parte de las USM.

Hay diferencias en la población que atienden las Unidades de Salud Mental. Son muy amplias y su rango es de 2.5 a 39 profesionales por 100.000 habitantes. La cobertura media (por 100.000 habitantes) es de 10 con una desviación típica de 6. Las deficiencias en los censos (en este aparatado se ha utilizado el padrón de 1996 excepto para los datos totales) impiden precisar más estos datos, cuya interpretación debe hacerse cuidadosamente en algunos casos concretos. A nivel general apuntan en el mismo sentido de inequidad en la distribución de recursos que se evidencia en otros parámetros.

El 44,14 del personal de las UUSMM depende de la Conselleria de Sanitat, el 52,81 por las Diputaciones y el 3,58 por empresas privadas.

Las USM están distribuidas por todo el territorio valenciano y cubren las comarcas más pobladas, dejando desasistidas las zonas del interior.

Unidades de Salud Mental Infantil

Son también dispositivos multidisciplinares que reproducen en el ámbito de la Salud Mental Infanto-Juvenil las funciones de las USM generales de las que son Unidades de Referencia.

Su presencia en la Comunidad Autónoma como equipos diferenciados es anecdótica y con una dotación ridícula. Gran parte de los niños y adolescentes con necesidades de atención quedan desatendidos o lo son precariamente en las USM generales. Algunas de ellas tienen personal que se dedica a tiempo parcial a los pacientes en esta franja de edad, pero no son unidades diferentes y coordinadas en la red. Ambos tipos se sumarizan en la tabla, separándose la Unidades completas de las incorporadas a USM de adultos.

Las tasas están calculadas por 100.000 habitantes entre 0 y 14 años y no respecto a la población total.

TABLA 9
UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTIL

Area	Institución	Centro	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares	T.S.	Amtvos	Mtr	Otros	Totales	Población	Tasa
2	DPCs	USM Inf. Castellón S	1	3	0	1	0	0	0	0	5	35150	14,22
1 y 2	SVS-DPCs	USM Inf Castellón N	1	1	1	1	1	0	0	0	5	35150	14,22
4	SVS	USMI Clínico	2	1	1	0	0	0	0	0	4	41778	9,57
Valencia	DPV	USMI Jesus	2	1	1	0	1	1	1	0	7	80119	8,74
Valencia	DPV	USMI Museo	2	1	1	0	1	1	1	0	7	80119	8,74
16 y 18	SVS	USMI Alicante	1	1	1	0	0	0	0	0	3	63825	4,70
1	SVS	USMI Vinaròs	0,6	1							1,6	10010	15,98
3	SVS	USMI Sagunto	0,4	0,4	0	0	0	0	0	0	0,8	16175	4,95
9	SVS	USMI Catarroja	1	0	0	0	0	0	0	0	1	46857	2,13
13	SVS	USMI Xàtiva	0,4	1	0	0	0	0	0	0	1,4	28270	4,95
			11,4	10,4	5	2	3	2	2	0	35,8	605104	5,92

En el País Valenciano viven unos 700.000 niños y adolescentes hasta los 16 años.

UNIDADES ESPECÍFICAS DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Son Unidades de Atención ambulatoria o de día para pacientes afectados de este tipo de patologías. Se desarrollaron en los años 90.

Son el único dispositivo de atención específica, aparte de la red de toxicomanías.

TABLA 10
UNIDADES AMBULATORIAS PARA TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Institución	Centro	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares	T.S.	Amtvos	Totales	Plazas
UTA amb.									
DPCs-UJI	H de Día T de Aliment	0	1	1	2	0	0,3	4,3	20
SVS	UTA	0,2	0,2	0	0	0	0	0,4	0
DPV	UTA (CCEE)	1	1	1	0	0	0	3	0
UTE SVS	UTA	0,4	0,2	0	0	0	0	0,6	0
		1,6	2,4	2	2	0	0,3	8,3	20

SERVICIOS DE APOYO DOMICILIARIO Y MEDIACIÓN SOCIAL

Son dispositivos que desarrollan su actividad en la Comunidad. En realidad se trata de una función de las Unidades de Salud Mental, pero en algunos lugares, se han desarrollado como servicios específicos, a la vista de la inexistencia real de esta prestación. Su actividad engloba una serie de acciones de seguimiento de pacientes, práctica de medidas terapéuticas en su entorno, apoyo y acompañamiento por los dispositivos asistenciales, soporte a las familias y cuidadores, formación y asistencia jurídica. Su actividad se basa en un modelo de mediación sociosanitaria y atención comunitaria intensiva.

Todos los existentes son gestionados por Asociaciones de Familiares, con excepción del de la DPA en las áreas 16-18. Recientemente, la Diputación de Alicante ha retirado del organigrama de su Servicio de Salud Mental este dispositivo.

TABLA 11
SERVICIOS DE APOYO DOMICILIARIO Y MEDIACIÓN SOCIAL

Area	Institución	Centro	Psig	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Otros	Totales
1	ONG	Programa Albocasser	1							1
16-18	DPA	PAD				6				6
16-18	AFEMA SVS	Atención domiciliaria	0	1,5	1	1		0,5	0,9	4,9
19	ASFEME CS MAS	PAD		1			1		2	4
			0	3,5	1	6	2	0,5	2,9	15,9

UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Son dispositivos de asistencia ambulatoria a pacientes con adicciones. Se trata de una red que dependía de diferentes instituciones. Básicamente de Sanidad y Bienestar Social, pero también de las Diputaciones y los Ayuntamientos. En el último organigrama del Gobierno Valenciano se han incluido (funcionalmente) en la Dirección General de la Dependencia dentro de la Conselleria de Sanitat.

En este sector trabajan muchas ONGs, grupos de autoayuda y dispositivos privados subvencionados que no han sido recogidos en este informe de manera exhaustiva. En la mayoría de las UCAs no se exige al personal médico el título de psiquiatra para ocupar las plazas, por lo que se han agrupado en una columna de médicos de conductas adictivas.

TABLA 12
UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Institución	Centro	Psig	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Médicos	Otros	Total
Ayto	UCA Vinaròs	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3
CRE	UCA. Metadona CS	0	1	1	1	1	0	0	1	0	5
SVS-CBS	UCA Castellón	0	2	1	0	0	0	0	1	0	4
SVS-CBS	UCA Vall d'Uixó	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3
Ayto. Vila.real	UCA i H de Dia	0	1	0	0	1	0	1		0	3
Ayto. Borriana	SATA Borriana	0	2	0	0	0	0	0		0	2
SVS BS	UCA Sagunt	0	1	1					1	0	3
SVS CBS	UCA Massamagrell	0	1	1			1		1		4
SVS CBS	UCA Patraix	0	1	1			1		1		4
SVS BS	UCA Paterna	0	1	1	1				1		4

SVS BS	UCA Manises	1	1								2
DPV	U Ilegales P América	2	0,5	0,5			1			1	5
DPV	UCA Alcohol Vlc	0	0,5	0,5						0,5	1,5
DPV	UA Trinitat Valencia	0	1							0,5	1,5
DPV	U T i A. Torrente	2		2				2			6
DPV	U Ilegales P América	2	0,5	0,5			1			1	5
DPV	UCA Alcohol Vlc	0	0,5	0,5						0,5	1,5
DPV	UA Trinitat Valencia	0	1							0,5	1,5
SVS BS	UCA Catarroja	1	1	1	1						4
BS CRE	Dispensario Metadona (Vlc)	0	1	1				1		1	4
BS	Dispensario Metadona (Vlc)			4				1			15
SVS BS	UCA Alzira	0	1	1	1					1	4
SVS BS	UCA Gandia ilegales	0	1	1						1	3
SVS BS	UCA Gandia alcohol	0	1	1						1	3
SVS BS	UCA Xàtiva	0	1	1	0,5					1	3,5
SVS BS	UCA Benidorm	0	1	1				0,2		1	3,2
SVS BS	UCA Alcoi	0	1	1				1	1	1	5
U. Alcoholologia (Alcoi)		0	1					1		1	3
BS Ayto	UCA La Vila	0	1							1	2
BS Ayto	UCA Benidorm	0	1							1	2
SVS Ayto	UCAS Alacant	0	6	2						3	11
CRE	Metadona Alacant	0	1	1	1	1				2	7
Ayto Alacant	Unidad de Prevención									2	4
BS Mancomu	UCA Elda	0	1	1				1	1	1	5
SVS BS	UCA Villena	0	1	1						1	3
SVS BS	UCA Elx	0	1					1		1	4
SVS BS	UCA Ilegales	0	1	1				1		1	5
BS Ayto	UCA Orihuela	0	1	1						1	3
BS SVS	UCA Torreveja	0	1	1						1	3
	Total	8	41	32	5,5	10,2	8	3	33	15	155,7
	Tasas por 100000 h.	0,20	1,02	0,80	0,14	0,25	0,20	0,07	0,82	0,37	3,88

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Son Unidades de los Hospitales Generales cuyas funciones asistenciales son la hospitalización de casos agudos, la interconsulta y la atención a las urgencias hospitalarias.

Anteriormente los ingresos de casos nuevos se hacían en las Unidades de Agudos de los Hospitales Psiquiátricos. Sólo los Hospitales Clínicos (en nuestra Comunidad Autónoma el H Clínico Universitario de Valencia) disponían de Unidades de Psiquiatría. La apertura de camas en los Hospitales Generales se generalizó durante la década de los 80 y 90, pero no se completó.

La situación actual es la que se muestra en la tabla 13.

TABLA 13
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Área	Centro	Psiqui	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Otros	Totales	Camas	Ratio
1	UHP Vinaròs	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0,25
2	UHP Castelló	5,5	0	8	11	1	0	0	0	25,5	30	0,85
3	UHP Minife Sagunt	0,8	0	5	5	0	0	0	0	10,8	7	1,54
4	UHP Clínico	1	0	6,5	5,5	0,3	0,5	0	1	14,8	18	0,82
5	UHP Arnau	2	0,4	6,5	9	0	0	0	0	17,9	12	1,49
6-7	UHP La Fe	4	1	9	12	0	0	0	0	26	22	1,18
8	UHP Hosp. General	3	0	8	16	0	1	0	0	28	20	1,4
9	UHP H Peset	3	0	6	7	0	0	0	0	16	14	1,14
10	UHP H La Ribera	1	0	2	7	0	0	0	0	10	10	1
11	UHP Gandia	1	0	5	0	0	0	0	0	6	8	0,75
13	UHP Xativa	2	0	8	11	0	0	0	0	21	16	1,31
12	UHP S. Juan M. Alta (Sta Faz)	1	0	3,5	9	0,25	0	0,5	0	14,25	10	1,43
14	UHP Alcoi	2	0	0	0	0	0	0	0	2	8	0,25
15	UHP La Vila	2,5	0	0	0	0	0	0	0	2,5	14	0,18
16-18	UHP Hospital de San Juan	3	0	5	18	0	0	0	0	26	28	0,93
17	UHP S. Juan Vinalopó (Sta Faz)	1	0	3,5	9	0,25	0	0,5	0	14,25	10	1,43
19	UHP Elx	2	0	0	0	0	0	0	0	2	8	0,25
20	UHP Hospital de Orihuela	2	0	0	0	0	0	0	0	2	12	0,17
	Totales	37,8	1,4	76	119,5	1,8	1,5	1	1	240	253	0,96

La media de camas por Unidad es de 14.06.

La media de personal por UHP es 13.39. Apenas hay psicólogos ni trabajadores sociales trabajando en la UHP.

La media de la ratio de personal por cama es 0.9

Por áreas de salud, las camas de hospitalización se distribuyen así (Tabla 14)

TABLA 14
CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA POR 100000 HABITANTES

Area	Comarca	Población	Camas	Tasa por 10 ⁵
1	Castelló-Nord	74788	4	5,35
2	Castelló-Centre	403211	30	7,44
3	Sagunt i Palancia	127565	7	5,49
4	Malvarrosa i Horta Nord	308997	18	5,83
5	Arnau i Túria	255081	12	4,7
6	H. La Fe	317837	22	6,92
7	Requena Utiel	49493		0
8	H. General	344973	20	5,8
9	Valencia Sur i H. Peset	356670	14	3,93
10	La Ribera	240350	10	4,16
11	La Safor	154661	8	5,17
13	La Costera i V Albaida	188889	16	8,47
12	La Marina	146525	10	6,82
14	Alcoi	134726	8	5,94
15	Marina Baixa Benidorm	142772	14	9,81
16-18	Alacant	420308	28	6,67
17	Alt Vinalopo	203865	10	4,91
19	Baix Vinalopo	250980	8	3,19
20	La Vega Baja	244797	12	4,9
		4370766	253	5,78

Casi todas las UHP están en Hospitales Generales. La excepción es la Unidad de Agudos del Sanatorio Psiquiátrico de Alicante (Sta. Faz) donde se ingresa desde las áreas 12 (Marina Alta) y 17 (Valle del Vinalopó)

Hay nueve Hospitales Generales sin Unidad de Psiquiatría. Carecen de UHP en la propia área las poblaciones del área 7 (Requena-Utiel), la 12 (Marina Alta) y la 17 (Valles del Vinalopó).

En el conjunto de la Comunidad Autónoma hay 5,78 camas de agudos por 100.000 habitantes, con importantes variaciones de unas áreas a otras.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Infantil

Son Unidades para la Hospitalización de niños y adolescentes. Sólo hay tres. Dos no tiene personal propio y la de la Fe dispone de un turno completo de enfermería (DUE y auxiliar) y un psiquiatra a tiempo parcial. (Solo cuando hay ingresos). Dada la escasez de camas infantiles la asignación por áreas no es rigurosa.

TABLA 15
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL

Área	Institución	Dispositivo	Camas
9	SVS	UHP Infantil H. Peset	2
6	SVS	UHP Infantil H La Fe	4
16-18	SVS	UHPI H S. Juan	4
			10,00

Unidades de Hospitalización de Trastornos de Alimentación

TABLA 16
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Area	Institución	Centro	Psiqui	Psic	DUE	Aux	Totales	Plazas
2	DPCs	UTA H Pcial Castellón	0.5	0	0	0	0	2
6	SVS	UTA La Fe	2	1	7,3	6,3	16,6	10
16-18	SVS	UTA HSJ	1	1	0	0	2	2
Total			3.5	2	7,3	6,3	19.1	14
								0,34917

Unidades Hospitalarias para Toxicomanías y Alcoholismo

En el terreno de las toxicomanías existen muchos dispositivos de hospitalización, residenciales y de día que dependen de ONGs. No nos ha sido posible recoger estos datos con una exhaustividad aceptable.

Hospitales de Día

No hay ningún dispositivo que cumpla con los requisitos que determina el Plan y tengan capacidad de organizar hospitalizaciones de agudos. Sobre el papel los cumple el Hospital de Día de Almassora dependiente de la Diputación de Castellón, pero no se ha cubierto la plaza de psiquiatra que tiene asignada.

Servicios de Día

En el territorio valenciano hay muchos dispositivos de día cuya actividad real no es posible determinar por su denominación por lo que la clasificación que se hace de ellos es provisional. En algunas USM como las de la Font de Sant Lluís (área 9), Paterna (área 5) y Manises (área 6) existen programas de rehabilitación desarrollados por iniciativa de los profesionales que no han sido contabilizados por carecer de reconocimiento institucional y no ser dispositivos separados.

CRIS y dispositivos similares

Se trata de dispositivos de rehabilitación que cumplen, al menos, con los requisitos de la Conselleria de Benestar Social para su acreditación como Centros de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS) con independencia de su denominación.

Su objeto es la rehabilitación de los déficits ocasionados por la enfermedad mental.

Se ha incluido también el Centro de Rehabilitación de Museo en Valencia, que es en realidad un programa de rehabilitación específico para pacientes con esquizofrenia, que depende de la USM de Trinitat.

TABLA 17
CRISES Y DISPOSITIVOS SIMILARES

Área	Institución	Dispositivo	Psiqui.	Psic.	DUE	Aux	T.S	Adm	Mon	Otros	Total	Plazas.	Ratio
1	Ayto-CBS	CRIS Vinaròs	0	2	0	0	1	1	2	1	7	50	0,14
2	CRE-CBS	CRIS Castellón	0	2	0	0	1	1	0	3	7	60	0,10
2	DPCs	H de Día Vila.real	0	1	1	2	0,5	0,3	2	0	6,8	20	0,34
2	DPCs	H de Día Almassora	0	1	1	2	0,5	0,3	2	0	6,8	20	0,34
VLC	DPV	CR Museo	1	1	1	4	1	1	0	0	9	40	0,23
VLC	BS AFEM	CRIS Valencia	0	2	0	0	1	0	1	4	8	70	0,11
VLC	BS Concertado	CRIS S. Pablo	0	2	0	0	1	0	1	4	8	70	0,11
13	BS	CRIS Ontinyent	0	2	2	0	1	0	2	1	8	70	0,11
17	BS AF	CRIS Villena	0	1	0	0	1	1	4	3	10	50	0,20
19	BS Ayto	CRIS Elx		2	0	0	1	1	5	2	11	70	0,16
20	Ayto	Proyecto Primavera CRIS Orihuela	0	2	0	0	1	1	1,5	3	8,5	70	0,12
			1	18	5	8	10	6,6	20,5	21	89,1	590	0,15
			0,02	0,41	0,11	0,18	0,23	0,15	0,47	0,48	2,04	13,50	0,15

Existen 13,50 plazas de rehabilitación por cada 100.000 habitantes en el conjunto de la Comunidad Autónoma con una ratio entre 1 y dos profesionales por cada 10 usuarios (0,15)

Los centros dependientes de las Diputaciones tienen un ratio promedio de 0,30, frente al resto de centros cuya media es de 0,13.

El CRIS de Valencia dejó de funcionar a mediados del 2002. Desde principios del mismo año funciona el CRIS de Alicante.

Centros de Ocio, Actividades Pre-laborales y Tiempo Libre

Son dispositivos que acogen pacientes psiquiátricos con una cronicidad establecida y cuyo objetivo es la ocupación activa del tiempo, de forma indefinida, con un objetivo de mantenimiento de actividades, colaboración en la prevención de recaídas y descarga de las familias. En determinados pacientes son también una fase de la rehabilitación. No hay perfil uniforme ni definido de usuarios, profesionales, actividades ni objetivos. Se ha incluido en este apartado todos los TAPIS.

TABLA 18
CENTROS DE OCIO, ACTIVIDADES PRE-LABORALES Y TIEMPO LIBRE

Area	Institución	Centro	Psig	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Otros	Totales	Plazas	Ratio
2	Ayto Burriana	TAPIS	0	0	0	0	0	0	1,5	1	2,5	15	0,17
2	Ayto.	Programa											
	Albocàsser	crònics	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0
3	Ayto.												
	Sagunto	CR Voramar	0,2	0,5	0	0	1	0	0	0	1,7	20	0,09
VLC	BS AFEM	Centro de Día	0	1	0	0	0,5	0	1	3	5,5	20	0,28
VLC	BS	C de Día S. Pablo											
	Concertado	Centro de Día	0	1	0	0	0,5	0	1	3	5,5	15	0,37
10	AFEM BS	Centro de Día Sueca	0	0	1	2	0	0	0	0	3	40	0,08
10	AFEM BS	C.Convivencia Alzira	1	1	0	1	1	1	0	0	5	8	0,63
11	DPV	CR Rafelcofer	0	0	0	2	0	0	0	0	2	30	0,07
11	ASAEM BS	C Social José Giner	0	0,5	0	0	1	0	0	0	1,5	30	0,05
11	Mancomunidad BS	Taller ocupacional	0	1	0	0	0	0	3	0	4	20	0,20
12	I. Betania BS Ayto	TAPIS Xàbia	0	0	0	0	0	0	0,25	0	0,25	3,4	0,07
12	BS Ayto	TAPIS Denia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8,6	0,12
12	BS Ayto	TAPIS Benisa Teulada	0	0	0	0	0	0	0,25	0	0,25	2,9	0,09
12	Mancomunidad	TAPIS Pedreguer	0	0	0	0	0	0	0,36	0,36	0,72	5,4	0,13
14	BS Ayto	Tapis Mariola Muro	0	0	0	0	0	0	0,57	0	0,57	9,1	0,06
14	BS Ayto	TAPIS Cocentaina	0	0	0	0	0	0	0,25	0,25	0,5	4,3	0,12
14	BS Ayto	TAPIS Banyeres	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	5	0,10
14	BS Ayto	TAPIS Alcoi	0	0	0	0	0	0	0	2	2	25	0,08
14	AFIEM	Programas	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	1,5	25	0,06
15	Privado	TAPIS Benidorm	0	0	0	0	1	0	3	0	4	15	0,27
15	AFEM MB	Programas	0	0	0	0	0,5	0	1	0	1,5	0	0
15	BS Ayto	TAPIS Altea	0	0	0	0	0	0	0,125	0,125	0,25	2	0,13
16-18	AFEMA BS Ayto	TISEM	0	0,5	0	0	0,75	0	0	3	4,25	0	0
16-18	DPA	Centro de Día CDE	0	1	0	2	0	0	2	0	5	20	0,25
19	ASFEME	Club de Ocio	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12	0,08
19	BS Ayto	TAPIS Sta Pola	0	0	0	0	0	0	0,25	0,25	0,5	3,4	0,15
			1,2	8	1	7	6,75	1	17,06	14,49	56,49	339,1	0,17
			0,03	0,18	0,02	0,16	0,15	0,02	0,39	0,33	1,29	7,76	0,17

En total hay 7,76 plazas por 100.000 habitantes en Centros de Día y Talleres en el conjunto del País con una ratio de 0,17. 319 plazas en total.

Si sumamos los dos tipos de dispositivos de rehabilitación los siguientes

Se ofrecen 929 plazas en el conjunto del País, lo que equivale a 21,25 por 100.000 habitantes, con una ratio de personal de 0,15

Programas subvencionados

Se trata de iniciativas de rehabilitación dotadas con muy poco personal y que funcionan con subvenciones irregulares. Sus objetivos son la convivencia, la prevención y la inserción social o la cooperación social. En el tiempo que se ha empleado en la elaboración de este informe han aparecido y desaparecido algunos de ellos. Por ello el listado no es exhaustivo.

TABLA 19
PROGRAMAS SUBVENCIONADOS

Area	Institución	Centro	Psig	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos		Mtr	Otros	
2	Ayto Vall d'Uixó	Programa crónicos	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
3	AYTO	Segorbe	0	0,3	0	0	0	0	0	0	0,3	
3	Ayto	Soneja	0	0,3	0	0	0	0	0	0	0,3	
3	ADIEMSA	Sagunto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16-18	AFEMA BS DPA	Rhb e integ	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
16-18	AFEMA BS	Respiro	0	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5	
16-18	AFEMA BS	Escuela y asesoramiento	0,2	0,2	0	0	0	0	0	0,2	0,6	
16-18	AFEMA BS	HHSOC	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0,5	
17	AFEPPEC	Programas	0	0	0	0	0,1	0	0,1	0	0,2	
19	ASFEME	Escuela de Familias	0	0,01	0	0	0	0	0	0	0,01	
19	ASFEME	Asesoramiento social		0	0	0	0	1	0	0	1	
		Total		0,2	2,31	0	0	2,1	0	0,6	0,2	5,41
		Tasa por 100.000 h	0,00	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00	0,01	0,00	0,12	

La siguiente tabla muestra un resumen de los datos anteriores. Apenas 20 plazas en servicios de día de todos los tipos frente a los 140 recomendados.

TABLA 20

PERSONAL, PLAZAS Y RATIOS DE PERSONAL POR PLAZA DE LAS DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE SERVICIOS DE DÍA

Centro	Psic	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Otros	Totales	Plazas	Ratio
CRIS y H de día	1	18	5	8	10	5,6	20,5	21	89,1	590	0,15
Centros de Día	1,2	8	1	7	6,75	1	17,06	14,49	56,49	339,1	0,17
Programas de día	0,2	2,31	0	0	2,1	0	0,6	0,2	5,41	0	0
Totales	2,4	28,31	6	15	18,85	6,6	38,16	35,69	151	929,1	0,16
Tasas	0,05	0,65	0,14	0,34	0,43	0,15	0,87	0,82	3,45	21,26	

La carencia de este tipo de dispositivos afecta especialmente a los pacientes con trastornos mentales crónicos y graves, que constituyen el sector de usuarios más desprotegido en la red asistencial a la Salud Mental en el País Valenciano.

Además su distribución por áreas es muy desigual. Existen muchas zonas del País sin ningún tipo de dispositivo de día. La tabla 21 muestra las tasas de profesionales y de plazas para todos los dispositivos de día.

TABLA 21

TASAS POR 10⁵ DE PROFESIONALES Y PLAZAS PARA TODOS LOS DISPOSITIVOS DE DÍA

Área	Psic	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Otros	Totales	Plazas	Prof *plaza
1	0,00	2,67	0,00	0,00	1,34	1,34	2,67	1,34	9,36	66,86	0,14
2	0,00	1,49	0,50	0,99	0,50	0,40	1,61	0,99	6,47	28,52	0,23
3	0,16	0,86	0,00	0,00	0,78	0,00	0,00	0,00	1,80	15,68	0,12
4,5,7,8,9	0,00	0,46	0,00	0,00	0,23	0,00	0,30	1,06	2,05	13,31	0,15
6	0,00	0,14	0,00	0,00	0,07	0,00	0,10	0,33	0,65	4,19	0,05
10	0,42	0,42	0,42	1,25	0,42	0,42	0,00	0,00	3,33	19,97	0,17
11	0,00	0,97	0,00	1,29	0,65	0,00	1,94	0,00	4,85	51,73	0,09
13	0,00	1,06	1,06	0,00	0,53	0,00	1,06	0,53	4,24	37,06	0,11
12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,93	1,52	13,85	0,11
14	0,00	0,37	0,00	0,00	0,37	0,00	0,98	2,04	3,76	50,77	0,07
15	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	0,00	2,89	0,09	4,03	11,91	0,34
16,18	0,05	0,52	0,00	0,48	0,42	0,00	0,59	0,76	2,82	4,76	0,59
17	0,00	0,49	0,00	0,00	0,54	0,49	2,01	1,47	5,00	24,53	0,20
19	0,00	0,80	0,00	0,00	0,80	0,40	2,49	0,90	5,38	34,03	0,16
20	0,00	0,82	0,00	0,00	0,41	0,41	0,61	1,23	3,47	28,60	0,12

Programas de Inserción Laboral, Empleo Protegido y Empresas de Reinserción

Muchos enfermos mentales utilizan los dispositivos de apoyo al empleo generales. Sin embargo, hay una proporción importante que podría estar activa en el ámbito laboral si contaran con programas específicos de empleo y reinserción que tuvieran en cuenta las características especiales de la minusvalía de origen psiquiátrico.

En todo el ámbito del país valenciano no existe ningún dispositivo de apoyo laboral específico para enfermos mentales.

SERVICIOS RESIDENCIALES DE LARGA ESTANCIA

Hospitales de Media Estancia y Residencias de los Antiguos Hospitales Psiquiátricos de Bétera y la Sta. Faz

Se han agrupado en esta categoría los dispositivos que se sitúan en los antiguos manicomios. El de Castellón puede considerarse una Unidad de Media y Larga Estancia. Los otros son residencias de enfermos mentales crónicos con escaso impacto rehabilitador.

TABLA 22.

HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA Y RESIDENCIAS DE LOS ANTIGUOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE BÉTERA Y LA STA. FAZ

Instit.	Centro	Psic	Psic	DUE	Aux	T.S	Adtv	Mtr	Otros	Total	Plazas	Profesio. por plaza
DPCs	UMLE (Castellón)	1	0	9	21	1	1	0	0	33	60	0,55
DPV	Hosp P Jofré	2	0	3,5	21,5	0,5	6	7	35	75,5	60	1,258
DPA	CDr. Esquerdo	2	3	26	105	2	5	8	48	199	160	1,244
	Totales	5	3	38,5	148	3,5	12	15	83	308	280	1,098
	Tasas por 100.000h		0,11	0,07	0,88	3,37	0,08	0,27	0,34	1,90	7,04	6,41

Todos estos centros dependen exclusivamente de las respectivas Diputaciones Provinciales y su área de cobertura se circunscribe a cada una de las provincias. Son los dispositivos de la red con mejor ratio de personal/pacientes.

Los Centros de Valencia y Alicante cuentan con una notable proporción de personal dedicado a tareas de mantenimiento y servicios generales.

Residencias o CEEM (Centros Especiales para Enfermos Mentales)

Se trata de una tipología desarrollada por la Consellería de Bienestar Social referida a centros residenciales acreditados y autorizados por ella.

TABLA 23
RESIDENCIAS O CEEM (CENTROS ESPECIALES PARA ENFERMOS MENTALES)

Institución	Centro	Psic	Psic	DUE	Aux	T.S	Amtvos	Mtr	Otros	Totales	Plazas	Prof. por plaza
BS Eulen	Residencia de Bétera(A+B)	1	1	5	0	0	0	19	1	26	80	0,326
Concertado	Residencia Camp del Turia	1	3	6	0	1	0	9	1	21	40	0,525
Concertado	Residencia S. Lorenzo	0	1	2	6	0	0	0	1	10	120	0,085
Concertado	Residencia C/Hierros	0	1	0	0	1	0	14	1	17	40	0,425
Concertado	CEEM S. MarcosTuris	0	1	3	0	0	1	1	9	15	30	0,507
Concertado	CEEM La Morenica Villena	0	0,09	0,36	4,5	0,09	0	0	0,27	5,31	28	0,19
	Totales	2	7	16	11	2	1	43	13	95	338	0,281
	Tasas por 100.000 h	0,05	0,16	0,37	0,24	0,05	0,02	0,98	0,29	2,17	7,73	

Todos son privados concertados. La proporción de profesionales por plaza es mucho más baja que en los centros públicos. No tienen un área de cobertura determinada y pueden acoger pacientes de cualquiera de las áreas. Esto permite que algunos enfermos crónicos puedan ser «deportados» a mucha distancia de sus lugares de residencia.

El total de plazas de residencia para crónicos es 618. 14 plazas por 100.000 habitantes

Pisos

Hay 38 plazas de pisos, en 8 viviendas. Ocupan a 9 personas. Cuatro pisos no tiene personal asignado (es decir, son pisos compartidos). Dependen de las AAFF, Caritas, las Diputaciones de Castellón y Valencia y uno es privado.

Los pisos son dispositivos de muy poca continuidad, que aparecen y desaparecen en pocos meses por lo que los datos actuales pueden ser algo diferentes a los recogidos.

No existen en el territorio valenciano alternativas residenciales específicamente pensadas para favorecer la autonomía y la integración de los pacientes como hogares-sala, mini-residencias o dispositivos de respiro familiar o acogida en crisis.

Enlaces con otros servicios

El enlace con otros dispositivos es una función de los dispositivos de la red que no tiene por que concretarse en un dispositivo concreto. Su presencia se acredita por la existencia de comisiones activas o mecanismos reglados de coordinación. Se detallan en el informe de funcionamiento.

No se han recogido en este documento las comisiones que pudieran existir entre las Consellerías o entre estas y otros organismos de la Administración del Estado.

Dependencia administrativa de los dispositivos

En la tabla 24 se resume la dependencia administrativa del personal que trabaja en cada tipo de dispositivo expresada en porcentajes.

TABLA 24
DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA DEL PERSONAL DE CADA UNO DE LOS TIPOS DE DISPOSITIVOS (EN PORCENTAJES)

Centro	DPCs	DPV	DPA	SVS	EELL	AAFF	Sin lucro	Otros	Privada	Total
Neuropsiq	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100
USM	2,67	39,71	10,43	44,14	0,00	0,00	0,00	0,00	3,05	100
USMI	13,97	39,11	0,00	46,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100
S de Día	9,01	10,60	3,31	0,13	25,03	29,18	4,14	7,02	11,59	100
UTA	69,57	21,74	0,00	8,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100
Pisos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	100
PAD	0,00	0,00	37,74	0,00	0,00	55,97	6,29	0,00	0,00	100
UHP	10,63	23,75	22,71	38,75	0,00	0,00	0,00	0,00	4,17	100
UMLE	10,73	24,55	64,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100
CEEM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,15	0,00	77,85	100
UTA Hosp	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100

Un dato significativo es la ausencia de financiación directa por parte de la Consellería de Sanitat de muchos tipos de servicios. De hecho, en los dispositivos en los que su participación es relativamente mayor como las USM, las USMI y las UHP, menos del 50% del personal depende de la Consellería de Sanitat. Los dispositivos de rehabilitación no son asumidos por la Consellería, que si que se ocupa de la rehabilitación en otras patologías.

RESUMEN

Tomando como referencia el listado básico de servicios (Tabla 13), se muestra en la tabla 25 el grado de desarrollo y las principales carencias del sistema de atención a la Salud Mental en el País Valenciano.

TABLA 25
GRADO DE DESARROLLO Y PRINCIPALES CARENCIAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PAIS VALENCIANO CON REFERENCIA AL LISTADO BÁSICO DE SERVICIOS.

	Componentes básicos	Grado de desarrollo	Principales carencias
1	Servicios comunitarios y ambulatorios (a) visitas domiciliarias (b) servicios ambulatorios (c) interconsulta en hospitales generales	Servicios ambulatorios (USM) en casi todas las comarcas, pero escasamente dotados. Zonas de Salud atendidas todavía sólo por neuropsiquiatras. Interconsulta hospitalaria y atención continuada sólo en 18 de los 27 hospitales, pero ningún servicio específico a tiempo completo	<ul style="list-style-type: none"> servicios móviles para evaluación y tratamiento en situaciones de crisis (servicios que atienden a los usuarios en su domicilio, incluyendo la atención durante la noche y el fin de semana). mediación sociosanitaria de caso (<i>case management</i>; profesional clave para la coordinación de la atención) servicios de apoyo domiciliario (servicios que visitan al usuario en su hogar)
2	Servicios de día (incluyendo la rehabilitación ocupacional/vocacional)	Unas pocas plazas de rehabilitación o actividades de ocio. En total 20 plazas por 100.000 habitantes*. Inaccesibles o inexistentes en muchas comarcas	<ul style="list-style-type: none"> talleres protegidos (dispositivos que proporcionan especialistas de integración ocupacional a personas con discapacidades psiquiátricas) puestos de trabajo supervisados (ocupación en un puesto de trabajo normalizado a la que se proporciona una supervisión adicional) programas de trabajo cooperativo (programas sin ánimo de lucro gestionados directamente por los propios usuarios del servicio) grupos de usuarios y de autoayuda (grupos de ayuda mutua dirigidos por los usuarios). servicios de defensa de derechos (servicios que proporcionan orientación especializada y respaldo por igual a los usuarios de los servicios) cursos de formación clubs/programas de empleo transicional (puestos de trabajo normalizados con supervisión y respaldo) unidades especializadas para trastornos específicos (por ej., atención intensiva y penitenciaria) hospitales de día para agudos (tratamiento estructurado de día con 1 mes o menos de duración) hogares para situaciones de crisis (hogares con personal situados en la comunidad destinados al ingreso de personas en situación de crisis por un problema de salud mental)
3	Servicios de hospitalización de agudos	En 17 de las 20 áreas. 5,4 camas por 100.000 habitantes**.	

4	Servicios residenciales de larga estancia	Una UMLE 14 plazas/10 ⁵ habitantes sólo en residencias. Deportación de enfermos lejos de sus áreas. 4 pisos supervisados	<ul style="list-style-type: none"> pisos tutelados/programas de acogimiento familiar (los usuarios del servicio viven con familias con las que no tienen relación de parentesco) grupos de pisos sin personal grupos de viviendas con algún personal residente o de visita
5	Enlaces con otros servicios (por ej., sanitarios, sociales y organismos no gubernamentales)	Enlace irregular, no formalizado, no registrado	<p><i>Servicios sanitarios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> servicios penitenciarios (servicios especializados de salud mental para penados con trastornos mentales) servicios geriátricos (servicios de salud mental para personas mayores, por ejemplo, para aquellos con más de 65 años) servicios para discapacidades del aprendizaje/servicios para minusvalías psíquicas/retraso mental psicoterapias especializadas (por ejemplo, terapia cognitivo-comportamental) atención somática general y estomatológica (por ejemplo, médicos de familia) interconsulta con atención primaria / médicos de cabecera (enlaces entre los servicios de salud mental y los equipos de atención primaria) <p><i>Servicios y prestaciones sociales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> prestaciones económicas de apoyo (pagos sociales de bienestar social que proporcionan unos ingresos básicos a las personas con discapacidad) cuidados domiciliarios (por ej., la prestada para limpiar o el apoyo domiciliario prestado para mantener un estándar mínimo de limpieza en el hogar) atención para las vacaciones/de respiro (alojamiento para los usuarios del servicio destinado a proporcionar un tiempo de descanso a sus cuidadores) <p><i>Departamento de la vivienda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> pisos no tutelados (ver definiciones en Tabla 10.4) <p><i>Otros organismos gubernamentales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> policía cárcel servicios comunitarios de seguimiento y respaldo para personas que finalizan el cumplimiento de condena en cárcel <p><i>Organizaciones no gubernamentales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> organizaciones religiosas grupos de voluntarios organizaciones privadas con ánimo de lucro

* Plazas de Servicios de día (todos los tipos) recomendadas: 130 por 100.000 habitantes

** Plazas de Hospitalización de Agudos (sólo adultos) recomendadas: 9-11 por 100.000 habitantes

Conocido el estado actual de los recursos en el País Valenciano se puede hacer una estimación de los que serían necesarios para cubrir mínimamente los estándares que se proponen en diversos documentos de referencia.

En este sentido ¿cuánto costaría...?

completar la dotación de los dispositivos actuales para que sean equipos multidisciplinarios

equilibrar los dispositivos entre las áreas

cubrir las carencias en

equipos de Salud Mental Infantil

alternativas de ingreso para agudos

hogares sala

pisos tutelados

centros de inserción laboral

centros comunitarios de rehabilitación

clubes de ocio

equipos de intervención comunitaria asertiva.

Dejamos para el debate la cantidad. Aproximadamente 85 millones de euros en gastos de personal.

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

ÁMBITO DE LA ENCUESTA

La encuesta incluye preguntas sobre todos los dispositivos de titularidad pública de las Consellerías de Sanidad y Consumo, Servicios Sociales y Bienestar, Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos que prestan asistencia a las personas que padecen trastornos psiquiátricos y que residen en la Comunidad Valenciana.

También incluye los servicios prestados con la misma finalidad por empresas privadas con y sin ánimo de lucro, siempre que se financien con capital público, incluyendo ayudas de carácter no finalista.

Los dispositivos fueron agrupados según su función en: 1.- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos, 2.- Centros (o Unidades) de Salud Mental para Adultos, 3.- Centros (o Unidades) de Salud Mental para Niños y Adolescentes, 4.- Residencias, 5.- Pisos Tutelados, 6.- Centros (o Unidades) de Rehabilitación y Hospitales de Día, 7.-Centros de día, centros ocupacionales, centros de ocio y TAPIS, 8.- Programas y servicios de Atención Domiciliaria.

FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información principal para describir el funcionamiento de un sistema sanitario son las estadísticas oficiales de la actividad asistencial, tales como el número de ingresos en el hospital, de urgencias atendidas, de consultas de primera vez, de seguimiento, etc y todo ello referido a un intervalo de tiempo determinado y expresado en forma de tasas de población general.

Sin embargo, según ha reconocido al equipo que ha elaborado este informe, la Administración no dispone de esta información, pese a que exige que los dispositivos asistenciales cumplimenten y remitan mensualmente un estadillo en el que se recoge.

En ausencia de esta información cualquier otro procedimiento que se utilice para evaluar el funcionamiento del sistema ha de ser de carácter cualitativo, y en consecuencia puede estar afectado por los sesgos propios de la subjetividad de la persona que proporciona la información. Solamente habría cabido hacer una estimación cuantitativa aproximada llevando a cabo un muestreo de los registros de actividad asistencial en cada uno de los dispositivos durante un periodo determinado, pero ello habría supuesto unas dificultades de orden logístico y económico insuperables.

Por ello se tomó la decisión de obtener la información por medio de cuestionarios dirigidos a «informantes clave». En el contexto de esta investigación entiende por informante clave una persona que trabaja en el dispositivo del que se necesita obtener la información, o al menos en el área sanitaria que le corresponde. Con esta finalidad se eligieron personas bien informadas y conocidas por los miembros del equipo, a menudo con estatus de coordinador o Jefe de Servicio.

El que se tratase de personas que mantenían una relación con los miembros del equipo supuso por una parte las ventajas de poder aclarar las dudas en relación con preguntas que podrían no estar bien formuladas y garantizar un porcentaje elevado de contestaciones, pero por otra parte, inevitablemente, la desventaja de aumentar la parcialidad de sus juicios en el mismo sentido que la opinión de los miembros del equipo investigador.

CONTENIDO DE LA ENCUESTA

Las preguntas de los cuestionarios fueron elaboradas a partir de la definición de los principios éticos de la asistencia de Thornicroft y Tansella (2), de instrumentos y encuestas previas de evaluación de servicios de salud mental en Inglaterra (3) y USA (4), de la descripción de servicios residenciales (5) y de integración laboral (6), así como de estudios de revisión de la literatura sobre la eficacia de los tratamientos en enfermedades mentales graves (7). Asimismo, se tomaron en consideración las recomendaciones sobre la organización de servicios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (8) y las prácticas conocidas en nuestro medio.

Se elaboraron cinco tipos de cuestionarios adaptados a los cinco grupos de dispositivos siguientes:

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (Cuestionario UHP)

Centros (o Unidades) de Salud Mental para Adultos (Cuestionario CSM)

Centros (o Unidades) de Salud Mental para la Infancia y Adolescencia (Cuestionario CSMI-A)

Dispositivos de Rehabilitación con camas (incluyendo Residencias de larga estancia – Centros Específicos para Enfermos Mentales y Pisos Tutelados) (Cuestionario RES)

Dispositivos de Rehabilitación sin camas (incluyendo Centros de Rehabilitación tipo CRIS, Centros y Hospitales de Día, centros ocupacionales, TAPIS, y Programas de Atención Domiciliaria) (Cuestionario REHAB)

Las áreas de estudio seleccionadas fueron las siguientes:

- 1.- Normalización
- 2.- Continuidad de Cuidados
- 3.- Accesibilidad y Equidad
- 4.- La Participación de los usuarios
- 5.- Eficacia y Calidad de la práctica asistencial

FORMATO DE LA ENCUESTA

El número de preguntas de cada apartado varía según el dispositivo que se estudia. Los dispositivos con camas contienen más preguntas sobre Autonomía y Normalización puesto que los pacientes ingresados al estar en una situación de mayor dependencia corren más riesgo de que se ejerza sobre ellos más restricciones de las estrictamente necesarias. En cambio los dispositivos ambulatorios, particularmente los centros de salud mental para adultos y para niños, contienen más preguntas referentes a la Continuidad de Cuidados, ya que juegan un papel central en la coordinación de servicios en su área.

La mayor parte de las preguntas está formuladas para ser contestadas con un 0, que significa negación o un 1, que significa afirmación, pero algunas contienen tres alternativas o más. Curiosamente los entrevistados han encontrado en ocasiones insuficiente este número de alternativas añadiendo por su cuenta respuestas intermedias, como por ejemplo 0.5, 1.5 o 2.5. Hemos respetado esta solución en todos los casos.

A mayor puntuación, mayor concordancia con los principios de la psiquiatría basada en la comunidad. La puntuación cero indica máximo alejamiento de estos principios.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

En total la encuesta recoge información sobre el funcionamiento de 123 (92.5%) de los 133 dispositivos de salud mental. No se obtuvo información en 6 CSM de 62, 2 UHP de 17, 2 CRIS de 10, 1 centro ocupacional de 23. Los resultados se ofrecen agrupados en la tabla 26 que muestra los porcentajes de respuesta afirmativa para cada uno de los ítems (agrupados por principios) y tipos de dispositivos.

TABLA 26

Item	Normalización	CSM	RES	PISOS	UHP	CRIS	OCUP	PAD	CSM-IA
NOR1	¿Está situado el dispositivo en un entorno normalizado?	69.6	11.1	100,0	93.3	100,0	86.4	100,0	20,0
NOR2	¿Se realizan habitualmente actividades de rehabilitación en un entorno normalizado?		0,0	100,0		37.5	14.3	75.0	
NOR3	¿Se facilita en los dispositivos con camas la normalización de la vida cotidiana de los enfermos de forma habitual?		0,0	75.0	0,0				
NOR4	¿Cuenta el dispositivo con algún tipo de recurso que provea un entorno menos restrictivo para llevar a cabo sus tareas?		44.4	50.0	0,0				
NOR5	¿Cuenta el dispositivo con algún tipo de recurso que le permita respaldar la normalización de la vida laboral y social de los enfermos?	23.2	44.4	75.0		75.0	40.9	25.0	0,0
NOR6	¿Se aplican técnicas de tipo psico-educativo con enfermos y familiares de forma habitual?	14.3	55.6	75.0	13.3	87.5	31.8	75.0	0,0
NOR7	¿Se aplican técnicas de rehabilitación social o instrumental de forma habitual?	8.9	66.7	75.0	100,0	68.2	75.0	0,0	
NOR8	¿Se aplican de forma habitual técnicas de mejora del clima emocional y actitudinal en los dispositivos con camas?		55.5	75.0	21.4				
NOR9	¿Se garantiza la protección de los derechos humanos de los enfermos en los dispositivos con camas?		0,0	25.0	0,0				
NOR19	¿Se participa o se facilita la realización de Jornadas de Usuarios? Continuidad de cuidados	44.6	11.1	66.7	14.3	25.0	59.1	50.0	20.0
CC1	¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación entre los dispositivos de salud mental?	8.9	22.2	75.0	0,0	50.0	59.1	50.0	0,0
CC2	¿Mantienen las UHPs una sectorización de sus profesionales en relación con sectores territoriales o asistenciales del área de referencia?				33.3				

CC3	¿Se participa en una Comisión de Salud Mental de área formada por representantes elegidos desde los dispositivos?	5.5	0,0	25.0	13.3				20.0
CC4	¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación entre los centros de salud mental y los equipos de atención primaria de la salud?	5.4							0,0
CC5	¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación con los equipos de servicios sociales?	10.7			26.7	57.1	81.0	50.0	20.0
CC6	¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación con otros servicios?				0,0				40.0
CC7	¿Es posible garantizar la continuidad de cuidados de todos los enfermos graves por su equipo de salud mental comunitario correspondiente?	10,7	22,2	25,0	6,7	37,5	9,5	33,3	0,0
CC8	¿Hay trabajo en equipo en los dispositivos?	1.8	11.1	50.0	13.3	50.0	40.0	75.0	20.0
CC9	¿Hay un trabajo en equipo de salud mental en el nivel de área?	23.2	0,0	25.0	50.0	62.5	22.7	25.0	20.0
CC10	¿Se puede garantizar la continuidad de la atención en el seno del equipo clínico?	28.6			0,0	37.5	18.2	75.0	20.0
CC11	¿Se dispone de un servicio específico de mediación social y apoyo domiciliario para enfermos mentales? Accesibilidad y equidad	16.1				33.3	34.8		0,0
ACC1	¿Se accede con rapidez al servicio en situación de necesidad inmediata?	14.3	12.5	33.3	60.0				0,0
ACC2	¿Es posible disponer del servicio con facilidad?	35.7	14.3	25.0	20.0	0,0	0,0	0,0	0,0
ACC3	¿Se presta atención domiciliaria de forma habitual?	14.3	0,0	0,0	0,0	25.0	36.4	75.0	0,0
EQ1	¿Están los recursos distribuidos de forma que se presta mayor atención a los territorios de mayor privación social?	3.6	0,0	0,0	6.7	12.5	28.6	50.0	0,0

EQ2	¿Es posible establecer prioridades de forma que sistemáticamente se preste mayor atención a los enfermos que tienen un mayor riesgo de desenlace adverso? Participación de los usuarios	5.4	0,0	0,0					20.0
PAR1	¿Participan los usuarios de forma habitual en el diseño de los objetivos y en la toma de decisiones?	1.8	11.1	50.0	0,0	25.0	42.9	75.0	0,0
PAR2	¿Hay mecanismos que dan oportunidad a la participación de los usuarios en el diseño de los objetivos de los dispositivos de forma habitual?	21.4	0,0	25.0	6.7	28.6	57.1	75.0	20.0
PAR3	¿Hay mecanismos que dan oportunidad a la participación de los agentes comunitarios en el diseño de los objetivos de los dispositivos de forma habitual?	5.4	0,0	0,0	0,0	0,0	4.5	0,0	20.0
PAR4	¿Hay mecanismos que dan oportunidad a la participación de los profesionales en el diseño de los objetivos de los dispositivos de forma habitual?	12.5	0,0	25.0	13.3	12.5	9.1	50.0	20.0
PAR5	¿Han participado los profesionales en el diseño de los objetivos de salud mental en el área?	17.9	0,0	25.0	26.7	0,0	5.3	50.0	20.0
PAR6	¿Han participado los profesionales en la elaboración del Plan de Salud Mental de 2001? Eficacia y calidad	7,3	0,0	25,0	6,7	0,0	4,6	25,0	40,0
EF1	¿Se han realizado actividades de supervisión y formación?	0,0	11.1	50.0	0,0	25.0	0,0	25.0	0,0
EF2	¿Han realizado los responsables una gestión de calidad del servicio de salud mental?	3,5	22,2	0,0	20,0	0,0	22,7	0,0	20,0
EF3	¿Se usan de forma habitual instrumentos de evaluación estandarizados?	10.7	44.4	0,0	7.1	37.5	4.5	75.0	0,0
EF4	¿Se emplean técnicas específicas eficaces de intervención terapéutica?	10.9	11.1	0,0	0,0	50.0	13.6	50.0	0,0
EF5	¿Se dispone de tiempos mínimos de consulta?	17.9			33.3	62.5	38.9	75.0	80.0

EL PRINCIPIO DE «NORMALIZACIÓN» indica que el sistema debe disponer de recursos y estar organizado de forma tal que el paciente incapacitado por la secuelas de su enfermedad pueda llevar una vida lo mas normal posible. Se entiende que no se trata tan solo de permitir que esto sea así, sino que es necesario que el sistema fomente activa y continuadamente la capacidad de autonomía del paciente.

La normalización se logra, por lo tanto, en primer lugar, por la oferta de una gama diversificada de escenarios de desenvolvimiento terapéutico y/o residencial que restringen la libertad del paciente al mínimo necesario en cada caso y que van desde salas de máxima seguridad para pacientes penados hasta pisos independientes en la comunidad. Al establecer prioridades, el principio de normalización indica que deben establecerse los dispositivos que restrinjan menos la capacidad de vida autónoma de los enfermos antes de establecer dispositivos de mayor nivel de restricción de la libertad, primando la normalización sobre la restricción. En todos los escenarios los servicios deben intentar siempre situar al paciente en las condiciones de máxima autonomía (o mínima restricción de su libertad) y normalidad de vida, considerando a la vez las limitaciones que impone su enfermedad. La participación de los propios enfermos en la administración de los servicios en aquellos aspectos que más directamente atañen a su vida cotidiana, especialmente en los dispositivos de hospitalización o de residencia, contribuye a estimular su capacidad de iniciativa y de toma de decisiones, así como a mejorar sus destrezas para la integración social.

En segundo lugar, la normalización se logra aplicando una serie de técnicas específicas. Aquellas que reducen la incapacidad fomentando el desarrollo de habilidades sociales e instrumentales necesarias para llevar a cabo una vida independiente. Técnicas de psico-educación que permiten compartir información clave sobre la enfermedad entre profesionales, enfermos y familiares en pie de igualdad. Así como las técnicas que, especialmente en los dispositivos cerrados y/o residenciales, se dirigen específicamente a crear un clima emocional y actitudinal en los mismos semejante al que existe en los hogares de baja expresividad emocional, disminuyendo el nivel de tensión interpersonal y creando un clima de cooperación entre enfermos y cuidadores que permite normalizar la vida en estos dispositivos.

En tercer lugar, una vertiente particularmente importante desde la perspectiva ética es que los servicios sean sensibles no solo al respeto de las libertades de los enfermos sino también a otras aspectos de los derechos humanos, tales como la dignidad y el honor. La indefensión e invalidez que causa la enfermedad mental facilita que los sistemas asistenciales a veces se organicen ignorando estos derechos, en aras de principios basados en la economía o en la eficacia. Por otra parte, el principio de normalización indica que los servicios deben luchar activamente contra los procesos y actitudes culturales y sociales que favorecen el estigma y la exclusión, por ejemplo, contra los prejuicios sociales que establecen una relación entre peligrosidad y enfermedad mental. En este sentido, por ejemplo, la participación y facilitación de la realización de jornadas realizadas por los propios usuarios puede ser una medida de lucha contra el estigma. Por ello se incluirán también preguntas referentes a estos aspectos.

Por último, señalar que el principio de normalización implica la existencia de un salario social para que aquellos que padecen discapacidades que les impiden mantener un empleo normalizado puedan sostener una vida independiente (este salario no debe ser incompatible con la posibilidad de trabajar en empleos protegidos o temporales).

En la encuesta el principio de normalización y autonomía consta de los siguientes indicadores relativos a la aplicación del principio:

1. Normalización del entorno y de la actividad del dispositivo
 - 1.1. Normalización del entorno del dispositivo

- 1.2. Actividad terapéutica de los dispositivos de rehabilitación en un ámbito normalizado
- 1.3. Normalización de la vida diaria de los enfermos en los dispositivos con camas (gestión de la vida diaria del dispositivo por los usuarios, condiciones de vida)
- 1.4. Oportunidad de uso de dispositivos menos restrictivos
- 1.5. Oportunidades de integración laboral y social
2. Aplicación de técnicas
 - 2.1. Psico-educación
 - 2.2. Adiestramiento en habilidades sociales e instrumentales de vida cotidiana
 - 2.3. Gestión del clima emocional y actitudinal
3. Defensa de los derechos humanos (protocolos en circunstancias de restricción de la libertad, supervisión legal, supervisión de la salud somática)
4. Combatir y prevenir el estigma (Jornadas de Usuarios)

CONCLUSIONES SOBRE EL PRINCIPIO DE NORMALIZACIÓN

- La mayor parte de los dispositivos de salud mental se encuentran situados en un entorno geográfico normalizado, sin embargo, el principio de normalización no está siendo aplicado de forma significativa en dichos dispositivos (el 68.9% de las 621 respuestas en los indicadores NOR2 a NOR10 son de tipo negativo).
- En este sentido, dada la ausencia de políticas activas de normalización y promoción de la autonomía de los enfermos mentales en los servicios de salud mental la política aplicada es la de mantener o promover su exclusión.
- El 26.8% de los dispositivos no se encuentran situados en un entorno geográfico normalizado. 8 de los 9 centros residenciales de larga y media estancia no proveen un entorno geográfico normalizado a sus residentes.
- El 71% de los dispositivos de rehabilitación no realiza de forma habitual actividades de rehabilitación en el entorno propio del enfermo.
- El 89% de los dispositivos con camas no proveen de forma habitual una vida cotidiana normalizada. Esta normalización ocurre sólo en los pisos tutelados.
- El 82% de los dispositivos no cuentan con dispositivos de menor nivel de restricción para facilitar la normalización del tratamiento del enfermo (por ejemplo, hogares de acogida en crisis, hogares-sala, hospitales de día, pisos tutelados o sin tutela). No hay ninguna posibilidad en el caso de niños ni en el caso de las UHP, algo que es especialmente llamativo dada su alta necesidad en ambos tipos de escenario asistencial.
- El 67% de los dispositivos ambulatorios, residenciales y de rehabilitación no cuentan con recursos que les permita respaldar la normalización de la vida laboral o social de los enfermos
- En el 71.5% de los dispositivos no se aplican técnicas de tipo psicoeducativo con enfermos o con sus familiares de forma habitual.
- En el 63% de los dispositivos no se aplican técnicas de rehabilitación social o instrumental de forma habitual.

- En el 59% de los dispositivos con camas no se aplican técnicas de mejora del clima emocional y actitudinal
- Sólo en 1 de los 28 dispositivos con camas se garantiza el respeto por los derechos humanos. Sólo en una UHP hay un protocolo para la contención física y/o aislamiento visible y conocido por los enfermos. Sólo en una residencia se garantiza la revisión sistemática de la salud somática de sus residentes. Sólo en 2 residencias hay vigilancia judicial al menos 1 vez cada 6 meses.
- El 60% de los dispositivos no han participado o facilitado la participación de los enfermos en Jornadas de Usuarios.

LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ocupa la parte más extensa de la encuesta. El principio de continuidad de cuidados deriva de la necesidad de muchos pacientes de tener fuentes fiables de tratamiento y apoyo social de forma continuada. La medida en la que este objetivo pueda alcanzarse refleja, en parte, la coordinación entre servicios y el grado de actuación armónica conjunta de los diversos servicios de un área local. Se consideran dos aspectos: el funcionamiento transversal, que abarca preguntas referentes a la existencia y actividad de mecanismos de coordinación con otros servicios públicos, sanitarios y no sanitarios, así como dentro del mismo equipo (la continuidad de la comunicación en el equipo mejora su capacidad de comunicación con el exterior al permitir dar mensajes más consistentes), y el longitudinal, que se refiere a los mecanismos que permiten mantener una continuidad temporal de la información, como es el caso de los registros y las historias clínicas.

Los equipos multidisciplinares juegan también un papel fundamental en la continuidad de cuidados. Longitudinalmente, ya que al recaer la información en todos los miembros del equipo, y no en solamente uno, se facilita la continuidad asistencial en el tiempo en caso de ausencias. Pero además el equipo juega también un papel en la continuidad transversal de la información, al tratar los distintos aspectos sociales, biológicos y sociológicos simultáneamente. Los miembros del equipo sirven en este caso, además, de enlaces específicos con otras servicios del área.

La continuidad de cuidados facilita la prevención de recaídas y de desarraigo social así como el desarrollo de sólidas relaciones de confianza entre profesionales y pacientes, un requisito que facilita la intervención en situaciones de crisis, o el ahorro de intervenciones múltiples o contradictorias (mejorando la eficiencia del servicio).

Una figura clave para garantizar la continuidad y la coordinación de la actuación de los servicios en relación con enfermos mentales graves es la del mediador socio-sanitario (case management) cuya función es la de establecer la coordinación, tanto transversal como longitudinal. Esta figura es especialmente importante en un servicio fraccionado de dispositivos de salud mental, que tienden a actuar de forma independiente, como el que caracteriza a la Comunidad Valenciana.

En la encuesta el principio de continuidad de cuidados consta de los siguientes indicadores relativos a la aplicación del principio:

1. Mecanismos específicos de coordinación:

1.1. Mecanismos de coordinación entre los dispositivos de salud mental

CC1: ¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación entre los dispositivos de salud mental?

CC2: ¿Mantienen las UHPs una sectorización de sus profesionales en relación con sectores territoriales o asistenciales del área de referencia?

1.2. Participación en una comisión de salud mental de área

CC3: ¿Se participa en una Comisión de Salud Mental de área formada por representantes elegidos desde los dispositivos?

1.3. Mecanismos de coordinación con atención primaria

CC4: ¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación entre los centros de salud mental y los equipos de atención primaria de la salud?

1.4. Mecanismos de coordinación con servicios sociales y otros

CC5: ¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación con los equipos de servicios sociales?

CC6: ¿Funcionan mecanismos específicos y consistentes de coordinación con otros servicios?

2. Registros acumulativos y continuidad del cuidado con el CSM

CC7: ¿Es posible garantizar la continuidad de cuidados de todos los enfermos graves por su equipo de salud mental comunitario correspondiente?

3. Trabajo en equipo y continuidad de cuidados en el equipo

CC8: ¿Hay trabajo en equipo en el dispositivo?

CC9: ¿Hay un trabajo en equipo en el nivel de área?

CC10: ¿Se puede garantizar la continuidad de la atención en el seno del equipo clínico?

4. Equipos de mediación socio-sanitaria y apoyo domiciliario

CC11: ¿Se dispone de un servicio específico de mediación socio-sanitaria y apoyo domiciliario?

CONCLUSIONES SOBRE EL PRINCIPIO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- El principio de continuidad de cuidados no se encuentra garantizado. El 80.3% de las 987 respuestas en los 11 indicadores son de tipo negativo. Ello significa que la política asistencial en relación con el principio de continuidad de cuidados es de fraccionamiento de los servicios, un tipo de planteamiento asistencial que facilita la pérdida «entre las grietas del sistema» de aquellos enfermos graves que más necesitan mantener la continuidad de su atención con los equipos clínicos.
- El 76% de los dispositivos de salud mental carece de mecanismos específicos y consistentes de coordinación con el resto de dispositivos de salud mental del área de salud. Ninguno de los CSM-IA mantiene mecanismos de coordinación específicos y consistentes con otros dispositivos de SM-IA.
- El 67% de las UHPs no establece una sectorización de sus profesionales en relación con sectores territoriales o asistenciales del área de referencia.
- El 92% de los dispositivos no trabaja en una comisión de salud mental de área de forma habitual.
- El 95% de los centros de salud mental (de adultos y de la infancia) carece de mecanismos específicos y consistentes de coordinación con los equipos de atención primaria de la salud.
- El 69% de los dispositivos carece de mecanismos específicos y consistentes de coordinación con los servicios sociales del área.

- No existe coordinación entre las UHPs y la administración penitenciaria. 3 de los 5 centros de SMIA no tienen mecanismos de coordinación con equipos de la Consellería de Educación. Ningún centro de SMIA tiene mecanismos de coordinación con la Consellería de Justicia y se desconocen mesas de coordinación de protección a la infancia.
- En el 86% de los dispositivos no se puede garantizar con fiabilidad la continuidad de cuidados con su equipo de salud mental comunitario para el conjunto de los enfermos mentales graves que lo necesitan. No existe un registro acumulativo de casos centralizado en el nivel de la Comunidad Valenciana. Los listados acumulativos de enfermos graves son propios de dispositivo y son mantenidos de forma precaria, poco fiable y a partir de la voluntariedad del equipo (sin contar para ello con respaldo institucional).
- El 82% de los dispositivos no garantiza un trabajo en equipo contando para ello con reuniones semanales de tipo clínico y de funcionamiento, así como un responsable elegido desde el propio equipo. Esta ausencia de trabajo en equipo es especialmente llamativa en los CSM de adultos (en donde sólo 13 mantienen reuniones semanales de tipo clínico y de funcionamiento).
- El 73% de los dispositivos no lleva a cabo un trabajo de equipo de salud mental en el nivel del área de salud
- En el 75% de los dispositivos no se garantizan mecanismos clave de continuidad de cuidados con el equipo.
- El 79% de los dispositivos comunitarios no tiene acceso a un servicio de mediación socio-sanitaria de caso y apoyo domiciliario.

LA ACCESIBILIDAD Y LA EQUIDAD se refieren ambas a la manera como están distribuidos los recursos. La accesibilidad es la cualidad que permite al usuario disponer del servicio con facilidad y rapidez cuando lo necesita, y la equidad es la cualidad que asigna la distribución de los recursos de acuerdo con las necesidades poblacionales, ya que esta pueden variar considerablemente en calidad y en cantidad de unas áreas geográficas a otras.

Buena parte de los enfermos más graves, debido a los problemas clínicos propios de la enfermedad, como las ideas de referencia y perjuicio o la sensibilidad a la interacción social o el padecimiento de crisis de pánico, tienden a evitar o minimizar la necesidad de acudir al dispositivo clínico o de rehabilitación o a desconfiar sobre las intenciones de sus profesionales o no pueden salir del domicilio o desplazarse lejos del mismo, por ello la atención domiciliaria del servicio de salud mental garantiza la accesibilidad del servicio local a las personas que no pueden desplazarse, o que, por otros motivos, no son capaces de acudir a recursos distantes, perdiendo por ello el acceso o la continuidad de un tratamiento.

La equidad implica establecer una relación directa entre la cantidad de los recursos y las necesidades de poblaciones y de enfermos. Para establecer las necesidades de las población de un determinado territorio habitualmente se recurre a indicadores de deprivación social. Un servicio justo trata de incluir las necesidades de *todas* aquellas personas que precisan atención en lugar de sólo las de aquellas que han estado en contacto con un determinado componente del servicio. En segundo lugar, para establecer las necesidades de enfermos se recurre al uso de factores de riesgo y a la evaluación directa de necesidades socio-sanitarias con instrumentos diseñados al efecto.

En la encuesta la accesibilidad y la equidad se evalúan en función de los siguientes indicadores:

1. Accesibilidad: Disponer del servicio con rapidez en situaciones de necesidad inmediata
AC1: ¿Se accede con rapidez al servicio en situación de necesidad?

2. Accesibilidad: Disponer del servicio con facilidad (ausencia de barreras a la accesibilidad y presencia de procedimientos de facilitación del acceso al servicio)
AC2: ¿Es posible para los enfermos mentales graves disponer del servicio con facilidad?
3. Accesibilidad: atención domiciliaria
AC3: ¿Se presta atención domiciliaria de forma habitual?
4. Equidad: Distribución de los recursos de acuerdo con las necesidades de la población:
EQ1: ¿Están los recursos distribuidos de forma que se presta mayor atención a los territorios de mayor deprivación social?
5. Equidad: Utilización de los recursos de acuerdo con las necesidades de los enfermos (uso de instrumentos para establecer prioridades o personal específico)
EQ2: ¿Es posible distribuir los recursos de forma que sistemáticamente se preste mayor atención a los enfermos en mayor riesgo de desenlace adverso?

Estos indicadores se componen con los siguientes ítems de las encuestas de Centros de Salud Mental (CSM), dispositivos residenciales, incluyendo los antiguos hospitales psiquiátricos, CEEM, pisos y otras residencias (RES), unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos (UHP), centros de rehabilitación, incluyendo los CRIS y los programas de apoyo domiciliario y mediación socio-sanitaria (REHAB) y centros de salud mental para la infancia y adolescencia (CSM-IA):

CONCLUSIONES SOBRE LOS PRINCIPIOS DE ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD

- Los principios de accesibilidad y equidad no están siendo aplicados de forma significativa en los servicios de salud mental. El 84.6% de las 525 respuestas en los 5 indicadores son de tipo negativo. En este sentido, la política aplicada impide tanto un acceso fácil al tratamiento como que los recursos se distribuyan en relación con las necesidades de enfermos y territorios.
- En el 78% de los dispositivos hay dificultades importantes para acceder con rapidez al servicio en situaciones de necesidad inmediata
- En el 79% de los dispositivos hay dificultades importantes de accesibilidad o ausencia de mecanismos que la faciliten en condiciones de atención habitual, especialmente para aquellas personas que más los pueden necesitar. Además, en el caso de las unidades de agudos, una tasa de 6.3 camas por 100 mil habitantes en la Comunidad Valenciana, la mitad de la tasa estatal en 1996, es también una explicación de la bien conocida dificultad para realizar o mantener una hospitalización. Así mismo, buena parte de estas unidades de agudos atienden zonas distantes más de 50 kms, por lo que los enfermos que viven en estas zonas, al no poder contar con UHP más cercanas, tienen dificultad en la accesibilidad al servicio (de hospitalización o de urgencias) en situación de crisis. La ausencia de mecanismos que faciliten el transporte desde el domicilio hasta el hospital es una barrera importante de acceso a las unidades de agudos.
- El 83% de los dispositivos no prestan atención domiciliaria de forma habitual
- Sólo 6 dispositivos de 101 plantean que se trabaja tomando en consideración el nivel de deprivación social de la comunidad. Sólo 2 CSM dicen que las zonas de mayor deprivación social del área reciben mayor nivel de dotación y atención. Sólo 1 UHP tiene un planteamiento que trata de ajustar la distribución de recursos a la necesidad

de la población. Ninguna centro residencial o piso plantea que se trabaja con criterios de equidad en las áreas de salud (incluso, sólo 1 residencia y 2 pisos refieren que en ellos viven predominantemente enfermos del tipo más complejo o grave).

- El 95% de los dispositivos no usa procedimientos para o no grada la intensidad de la provisión de cuidados en relación con la intensidad de los problemas de los enfermos.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS está en el centro mismo del concepto de la psiquiatría comunitaria. Si la enfermedad mental ha de ser entendida no como un mero accidente en la vida de la persona sino como un trastorno generado en un contexto social determinado, el manejo de la enfermedad deberá involucrar a las personas que forman parte de ese contexto, particularmente los familiares con los que convive el paciente.

El tipo de servicios de salud mental de los que se dote una comunidad (incluyendo su cantidad, diversidad y organización) va a influir de forma importante en la calidad de vida de los enfermos y sus familias, en la calidad de vida de la propia comunidad, y por ello su diseño no puede venir dirigido desde arriba o por grupos de expertos.

De la existencia de limitaciones en los recursos económicos destinados a la dotación de servicios de salud mental se deriva la obligación de situar los recursos allí donde lo necesitan la mayoría de los enfermos graves y no en función de las necesidades de la administración o de los profesionales, por ello cuando se trata de dirigir o reorientar los limitados fondos públicos a la creación de recursos las decisiones no pueden ser dejadas en manos de «expertos», se requiere una gestión participada.

El establecimiento de prioridades en la asignación de recursos requiere una gestión participada, la cual debe estar informada por estudios epidemiológicos sobre las necesidades de la población, así como por estudios sobre las insuficiencias en la calidad y funcionamiento de los servicios (con información obtenida a partir de un Registro Acumulativo de Casos y a partir de procedimientos de gestión de la calidad en los diversos niveles del sistema). El principio de participación indica el papel central de los enfermos y sus familias en el diseño y dotación de los servicios de salud mental, sin embargo, esta participación debe ser puesta en combinación con la de los equipos multidisciplinares de los centros comunitarios de salud mental. Por ello, aunque la participación de los usuarios es el elemento clave, la encuesta también recoge la participación de los profesionales.

La encuesta evalúa la participación de los enfermos y familiares en la toma de decisiones sobre los objetivos de los dispositivos. La participación de los enfermos en la administración de los servicios en aquellos aspectos que más directamente atañen a su vida cotidiana, especialmente en los dispositivos de hospitalización o de residencia, es tratado en el principio de Normalización. En segundo lugar, evalúa la participación de otros agentes de la comunidad y la participación de los equipos de profesionales en la elaboración de los objetivos de los servicios.

En la encuesta el principio de participación consta de los siguientes indicadores relativos a la aplicación del principio:

1. Participación y oportunidades de participación de enfermos y asociaciones de usuarios en la toma de decisiones:

¿Participan los usuarios de forma habitual en el diseño de los objetivos y en la toma de decisiones? (PAR1).

¿Hay mecanismos que dan oportunidad a la participación de los usuarios en el diseño de los objetivos de los dispositivos de forma habitual? (PAR2).

2. Oportunidades para la participación de la comunidad:

¿Hay mecanismos que dan oportunidad a la participación de los agentes comunitarios en el diseño de los objetivos de los dispositivos de forma habitual? (PAR3).

3. Participación de los profesionales en el diseño de los objetivos para el área y en la elaboración del Plan de Salud Mental:

¿Hay mecanismos que dan oportunidad a la participación de los profesionales en el diseño de los objetivos de los dispositivos de forma habitual? (PAR4).

¿Han participado los profesionales en el diseño de los objetivos de salud mental en el área? (PAR5).

¿Han participado los profesionales en la elaboración del Plan de Salud Mental de 2001? (PAR6).

CONCLUSIONES SOBRE EL PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN

- El principio de participación no está siendo aplicado de forma significativa en los dispositivos de salud mental (el 86.3% de las 731 respuestas en los 6 indicadores son de tipo negativo). En este sentido, la política aplicada no permite la gestión participada por parte de enfermos, familiares o profesionales.
- En el 85% de los dispositivos los usuarios no han participado en los procesos de diseño de objetivos o toma de decisiones de una forma habitual
- En el 74% de los dispositivos no hay oportunidades para garantizar una participación de los usuarios de forma normalizada.
- En el 96% de los dispositivos no hay oportunidades que permitan garantizar la participación de los agentes comunitarios en la toma de decisiones en los servicios de salud mental de forma normalizada.
- En el 87% de los dispositivos no hay oportunidades que permitan garantizar la participación de los profesionales de forma normalizada (mediante la presentación a discusión de los objetivos para el área de salud).
- En el 82% de los dispositivos los profesionales no han participado en el diseño de las políticas de actuación de los servicios de salud mental en el área.
- El 92% de los dispositivos no ha participado en la elaboración del Plan de Salud Mental 2001.

Finalmente en el apartado sobre LA EFICACIA Y CALIDAD se incluyen preguntas acerca de la existencia de recursos materiales y técnicos específicos para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (instrumentos estandarizados para el diagnóstico y el registro de la gravedad; técnicas específicas de intervención terapéutica y de rehabilitación), y sobre normas para su aplicación (protocolos y guías clínicas).

También se incluyen aquí cuestiones referentes a la formación del personal y sobre la supervisión de la actividad asistencial. En realidad se trata de determinar si se dan las condiciones adecuadas para que se pueda llevar a cabo una práctica eficaz, más que la estimación del grado de eficacia real del sistema ya que para estimar la eficacia real sería necesario emplear procedimientos que están fuera de nuestro alcance.

La supervisión individual o en equipo (sesiones clínicas, sesiones de seguimiento) y la formación continuada no solamente contribuyen a mejorar la calidad asistencial, sino tam-

bién a prevenir el desarrollo del síndrome de desgaste profesional, tan extendido entre los trabajadores de salud mental y que constituye el principal obstáculo para el desempeño de una asistencia de calidad.

La eficacia y la calidad se evalúan en función de los siguientes indicadores:

1. Formación del personal y supervisión de la actividad asistencial
EF1: ¿Se han realizado actividades de supervisión y formación?
2. Gestión de calidad
EF2: ¿Han realizado los responsables una gestión de calidad del servicio de salud mental?
3. Uso de instrumentos estandarizados para el diagnóstico y el registro de la gravedad
EF3: ¿Se usan de forma habitual instrumentos de evaluación estandarizados?
4. Empleo de técnicas específicas de intervención terapéutica y de rehabilitación
EF4: ¿Se emplean técnicas específicas eficaces de intervención terapéutica?
5. Tiempos de consulta y otros recursos para la eficacia y aplicación de técnicas
EF5: ¿Se dispone de tiempos mínimos de consulta?
EF6: Otros recursos para la eficacia y la aplicación de técnica

Estos indicadores se componen con los siguientes ítems de las encuestas de Centros de Salud Mental (CSM), dispositivos residenciales, incluyendo los antiguos hospitales psiquiátricos, CEEM, pisos y otras residencias (RES), unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos (UHP), centros de rehabilitación, incluyendo los CRIS, los programas de apoyo domiciliario y mediación socio-sanitaria (REHAB) y centros de salud mental para la infancia y adolescencia (CSM-IA).

CONCLUSIONES SOBRE LOS PRINCIPIOS DE EFICACIA Y CALIDAD

- Los principios de calidad y eficacia de los servicios no quedan garantizados debido a que los recursos invertidos en el cuidado de los profesionales y de los servicios son prácticamente nulos y a que la frecuencia de empleo de técnicas eficaces y tiempos asistenciales mínimos es bajo. El 83% de las 654 respuestas en los 6 indicadores son de tipo negativo. Ello significa que la política asistencial es de abandono del cuidado de los servicios y de los profesionales, facilitando con ello la pérdida de eficacia y calidad de los servicios de salud mental y el desgaste de los profesionales.
- En el 95% de los dispositivos no se han realizado actividades de supervisión y formación
- En el 89% de los dispositivos los responsables del servicio no han realizado una gestión de la calidad del mismo
- En el 85% de los dispositivos no se usan de forma habitual instrumentos de evaluación estandarizados
- El 87% de los dispositivos no emplean el abanico de técnicas específicas de intervención adecuadas a los pacientes a los que atienden. En los CSM, no hay una relación estadísticamente significativa entre el uso de intervenciones terapéuticas psicosociales destinadas a las psicosis y de aquellas destinadas a las neurosis ($X^2= 0.04$, $gl=1$, $p=0.8$), y sólo en 6 (10.9%) CSM se han utilizado ambos tipos de intervenciones en alguna ocasión. En las UHP hay problemas importantes en el uso de medicinas antip-

sicóticas en las crisis de esquizofrenia: en el 36% (5) de las UHP se emplean dosis excesivamente altas de medicinas antipsicóticas, en el 24% (4) procedimientos de neuroleptización rápida, en ningún caso es posible determinar niveles plasmáticos de antipsicóticos de forma habitual y sólo en 3 (18%) se usa la clozapina de forma habitual en casos resistentes a los antipsicóticos convencionales.

- En 8 (53.3%) de las 15 UHP, para la mayor parte de las crisis de esquizofrenia, el tiempo de hospitalización es inferior a 21 días. En 6 (40%) de las UHP los psiquiatras no disponen o sólo de forma ocasional de un consultorio para realizar las visitas. En 13 (87%) UHP el personal de enfermería carece de despacho para realizar visitas a los enfermos de forma habitual. En 6 (67%) de los CEEM y residencias de larga estancia y en 1 (25%) de los pisos supervisados la frecuencia de las visitas con un profesional es inferior a 1 vez por semana.

ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

ÁMBITO DE LA ENCUESTA

El ámbito del estudio abarca todas las asociaciones de familiares de enfermos mentales de la Comunidad Valenciana

FUENTES DE INFORMACIÓN

La encuesta no está dirigida a los pacientes sino a sus familiares. Si hubiésemos dispuesto de los recursos necesarios habríamos preguntado también a los pacientes. La obtención de información de una persona con enfermedad mental grave requiere una entrevista personal, mientras que en el caso de los familiares la información se puede obtener por correo. La existencia de asociaciones de familiares de enfermos mentales ha facilitado esta labor.

Se pidió que las encuestas fuesen cumplimentadas por la junta de gobierno de la asociación. Algunas asociaciones contestaron con tres encuestas, y en otras con más, hasta siete. Con el fin de evitar el sesgo que podría haber causado el peso de las asociaciones que más encuestas hubiesen cumplimentado, en lugar de analizar los resultados por encuesta se analizaron por asociación, calculando las puntuaciones medias de cada una. Por esta razón las respuestas no están expresadas en frecuencias según los intervalos de la escala, sino en medias y rangos. Este procedimiento incrementa la fiabilidad de las respuestas, aunque tiene el inconveniente de que no representa con rigor toda la variabilidad de la matriz de datos.

CONTENIDO

El nivel de satisfacción de los usuarios es uno de los indicadores más populares para evaluar el funcionamiento de un sistema de atención. Es cierto que en el caso de la salud mental se pueden dar circunstancias en las que el deseo consciente del usuario no coincida con lo más conveniente desde el punto de vista del profesional, pero esto probablemente ocurre en una minoría de casos. En general un elevado nivel de satisfacción suele coincidir con una buena calidad.

Existen diversas encuestas diseñadas para medir el nivel de satisfacción con los sistemas sanitarios, pero solamente una de ellas, la Escala de Satisfacción de Verona, ha sido diseñada específicamente para medir la satisfacción con los servicios de salud mental comunitarios. La escala está bien construida psicométricamente y ha sido ensayada con éxito en diversos estudios.

La encuesta de satisfacción que hemos preparado es una síntesis de la Escala de Verona. Se trata de doce preguntas que exploran la satisfacción con la eficacia de los tratamientos (cuatro preguntas), con la rehabilitación y reinserción social (cinco preguntas), y con la dedicación de los profesionales (tres preguntas).

La consistencia interna de la encuesta estimada con el alfa de Chronbach es muy elevada (0.94) y la factorización por el procedimiento de Análisis de Componentes Principales con rotación VARIMAX de ejes y extracción de factores hasta un valor propio igual o mayor que uno reveló la existencia de un solo factor. Estas propiedades demuestran la calidad de la encuesta como indicador de satisfacción.

FORMATO

Las preguntas se contestan en una escala de Lickert de cinco pasos, ya que este es el método más eficaz y fiable para la medida de la satisfacción. El formato es el siguiente:

"¿Cuál es su impresión sobre la capacidad del servicio de salud mental para...?".

0 = Malísima,

1 = Generalmente insatisfactoria

2 = Ni buena ni mala

3 = Generalmente satisfactoria

4 = Excelente

RESULTADOS

Trece asociaciones han contestado a las encuestas, con un total de 62 encuestas cumplimentadas. Son las siguientes: Valencia AFEM, Aldaia-Alacuas AFEM, Sueca, Marina Baixa, Alzira, Orihuela, ASIEM Valencia, Xativa, Alacant, Villena, Alcoi, Elx, Alt Maestrat.

A continuación, se presentan las medias y los recorridos de las puntuaciones de cada pregunta.

Resolver 1 Cuál es su impresión sobre la eficacia del servicio de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma rápida y satisfactoria las situaciones de crisis o los problemas agudos de los enfermos

Media 1.76

Mínima 0

Máxima 3

Prevenir 2 Cuál es su impresión general sobre la eficacia del servicio de salud mental para ayudar a los enfermos a encontrarse bien y prevenir sus recaídas (2.1)

Media 1.92

Mínima 0

Máxima 3

Mejorar 3 Cuál es su impresión general sobre la eficacia del servicio de salud mental para tomar en consideración y ayudar a los enfermos a obtener una mejoría de sus síntomas

Media 2.05

Mínima 0

Máxima 4

Depresión 4 Cuál es su impresión general sobre la eficacia de los servicios de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma satisfactoria los problemas de depresión padecidas por los enfermos

Media 2.02

Mínima 0

Máxima 4

Ocio 5 Cuál es su impresión general sobre la eficacia del servicio de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma satisfactoria las necesidades de ocio y tiempo libre de los enfermos

Media 1.61

Mínima 0

Máxima 4

Ocupa 6 Cuál es su impresión general sobre la eficacia de los servicios de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma satisfactoria las necesidades de ocupación de los enfermos

Media 1.37

Mínima 0

Máxima 2

Relaci 7 Cuál es su impresión general sobre la eficacia de los servicios de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma satisfactoria las necesidades de relación social de los enfermos

Media 1.41

Mínima 0

Máxima 3

Aloja 8 Cuál es su impresión general sobre la eficacia de los servicios de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma satisfactoria las necesidades de alojamiento propio, personal, de los enfermos

Media 0.88

Mínima 0

Máxima 4

Rehabi 9 Cuál es su impresión general sobre la eficacia de los servicios de salud mental para tomar en consideración y ayudar a resolver de forma satisfactoria las necesidades de rehabilitación de los enfermos

Media 1.70

Mínima 0

Máxima 4

Intere 10 Cuál es su impresión general sobre el grado de interés y motivación que ve en los profesionales de salud mental por ayudar a los enfermos y a sus familiares

Media 2.17

Mínima 0

Máxima 4

Tiempo 11 Cuál es su impresión general sobre el tiempo que media entre visitas en los centros de salud mental

Media 1.90

Mínima 1

Máxima 4

Hablar 12 Cuál es su impresión general sobre la cantidad de tiempo que dedican los profesionales de los servicios de salud mental para hablar con los enfermos y sus familiares durante las visitas

Media 1.91

Mínima 0

Máxima 3

Si expresamos las puntuaciones gráficamente de forma aproximada se observa como casi todas se sitúan entre "Malísima" e "Insatisfactoria", especialmente aquellos aspectos que hacen referencia a los recursos sociales para el ocio, la ocupación, las relaciones sociales, la rehabilitación y el alojamiento.

	0	1	2	3	4
	MALÍSIM	INSATISF	NI B, NI M	SATISFAC	EXCELEN
1 RESOLV		*			
2 PREVENIR		*			
3 MEJORAR			*		
4 DEPRES			*		
5 OCIO		*			
6 OCUPA		*			
7 RELAC		*			
8 ALOJA	*				
9 REHAB		*			
10 INTERÉS			*		
11 TIEMPO		*			
12 HABLAR		*			

CONCLUSIONES FINALES

1. LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Las medidas que se proponen en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad esquemáticamente son las siguientes:

- Integración la salud mental en el sistema sanitario general
- Adopción un enfoque integrador de la asistencia
- Primar el tratamiento en el ámbito comunitario
- Unidades de internamiento en Hospitales Generales
- Asistencia ambulatoria en Unidades de Salud Mental
- Desarrollo de unidades de hospitalización parcial
- Desarrollo de la atención a domicilio
- Desarrollo de servicios de rehabilitación
- Desarrollo de servicios de reinserción socio-laboral
- Desarrollo de servicios de psiquiatría infanto-juvenil
- Desarrollo de servicios de psicogeriatría
- Estrategias para la coordinación
- Fomentar la prevención primaria

Revisaremos a continuación la situación actual en la Comunidad Valenciana en cada unos de estos aspectos.

INTEGRACIÓN LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA SANITARIO:

A mitad de los años ochenta se inició el proceso de integración, logrando la jerarquización de casi todos los neuropsiquiatras de zona, pero fracasando en la integración en una red única de servicios. Persisten en nuestra Comunidad al menos dos redes de servicios de salud mental, la dependiente de la Diputación Provincial y la de la Consellería de Sanitat, esta última mucho peor dotada de recursos. Entre estas dos redes nunca ha existido una verdadera integración funcional. La solución que las administraciones han encontrado para resolver esta dificultad ha sido la de separar las áreas de cobertura. Esta solución evita los problemas de coordinación entre las redes pero incrementa las dificultades para prestar una asistencia equitativa, ya que los recursos de estas dos redes son muy diferentes en calidad y en cantidad.

Por otra parte no hay que olvidar que todavía existen algunos dispositivos anteriores a la reforma que no están adecuadamente integrados en las redes. Son los Neuropsiquiatras de Zona y las Consultas Externas de algunos Hospitales. Esto significa que todavía hay ciudadanos de la Comunidad Autónoma cuyo nivel de asistencia es la correspondiente a la que tenían hace 20 años.

ADOPCIÓN UN ENFOQUE INTEGRADOR DE LA ASISTENCIA:

La adopción del enfoque integrador que propone la Ley supone el trabajo en equipos multidisciplinarios. La Diputación dispone de equipos multidisciplinarios en prácticamente todos los Centros de Salud Mental, mientras que en los Centros dependientes de la Consellería escasean los psicólogos y sobretodo los Trabajadores Sociales (en algunos no hay), con lo que no es posible, ni con buena voluntad, adoptar este enfoque en la red de la Consellería.

TRATAMIENTO EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:

El proceso de deshospitalización se llevó a cabo a lo largo de la década de los ochenta, pero no se acompañó de las necesarias medidas de desinstitucionalización. Desde entonces la situación apenas ha mejorado.

La asistencia psiquiátrica basada en la comunidad requiere mayor número de profesionales trabajando fuera del hospital que dentro. En el caso de nuestra Comunidad los profesionales casi se reparten todavía al 50% entre ambos tipos de dispositivos. No es posible realizar una asistencia en la comunidad con la notable escasez actual de personal de enfermería y de trabajadores sociales. No es posible una asistencia comunitaria sin dispositivos intermedios, tales como los hospitales de día, o programas sin dispositivos que cumplan esas funciones.

Sin haber desarrollado los recursos comunitarios de alojamiento y rehabilitación, incluyendo pisos protegidos y hogares sala, el proyecto de incrementar el número de plazas hospitalarias de estancia media y larga estancia planteado en el nuevo Plan de Salud Mental no es adecuado.

UNIDADES DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITALES GENERALES (UPHG):

La mayor parte de la dotación actual de Unidades de Psiquiatría en Hospitales generales se llevó a cabo a finales de los ochenta y principios de los noventa, habiendo mejorado poco desde entonces. Todavía hay Hospitales Generales sin Unidad de Psiquiatría. En el conjunto de la Comunidad Autónoma hay 5,40 camas de agudos por 100.000 habitantes, cuando debería haber entre 9 y 11.

Las encuestas demuestran que muchas de estas UPHG no reúnen las condiciones ambientales mínimas necesarias para crear un clima terapéutico. Muchas no tienen personal con experiencia y carecen de equipamientos adecuados. En realidad algunas no son más que un apartado de camas en la sala de medicina general.

No existen tampoco alternativas menos restrictivas para el ingreso de enfermos agudos

AMBULATORIOS (UNIDADES DE SALUD MENTAL):

El incremento de Unidades de Salud Mental, junto con las UPHG, ha sido uno de los desarrollos más destacados desde que se aprobó la Ley General de Sanidad. Todas las áreas están atendidas por USM. Todas las USM tienen psiquiatras y prácticamente todas DUE, psicólogos y auxiliares, pero trabajadores sociales y administrativos hay en menos de 1/3 parte de las USM.

Aunque ha crecido el número de dispositivos, no se han dotado de personal en número suficiente. Ni las tasas actuales de recursos humanos ni la proporción relativa entre distintas profesiones (psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) son adecuadas para el trabajo comunitario.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (HOSPITALES DE DÍA):

No hay ningún dispositivo en la CV que cumpla de hecho con la definición de Hospital de Día adoptada en el Plan de Salud Mental.

ATENCIÓN A DOMICILIO:

Prácticamente inexistente ya que en total son cuatro los programas específicos de apoyo domiciliario para toda la Comunidad. La Atención a domicilio que se presta en algunas USM es escasa y basada en el voluntarismo del personal.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:

La tasa de plazas para la rehabilitación y reinserción social y laboral apenas supera las 20 por 100.000 habitantes, cuando probablemente se necesitan al menos cinco veces más.

Carece de dispositivos de rehabilitación el área 7. Para las áreas 4, 5, 6 y 9 los centros de rehabilitación sólo son accesibles para los habitantes del área metropolitana de Valencia.

SERVICIOS DE REINSECCIÓN SOCIO-LABORAL:

Hasta recientemente sólo existía el proyecto AGORA, financiado parcialmente con un dinero de la CE, que desapareció al terminar la subvención. El Proyecto Tots Units y la empresa de integración RECIPLANA en la Plana (área 2), aunque no es específico de enfermos mentales tiene más de un 75% de usuarios con trastornos mentales. En panorama es pues desértico

ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN:

Las administraciones (Diputación, Consellería y Municipios) no han realizado ningún esfuerzo serio por intentar crear mecanismos de coordinación. Tampoco han reconocido la necesidad. Con el incremento en el número de dispositivos y recursos de gestión privada y los dependientes de las ONG la descoordinación ha ido en aumento.

PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL:

Su presencia en la Comunidad Autónoma como equipos diferenciados es anecdótica y con una dotación ridícula: 1 psiquiatra y un psicólogo para cada 350.000 habitantes, un enfermero por cada 660.000 y un trabajador social por cada 1.400.000. La mayor parte de las áreas sanitaria carecen de un centro de atención. Unidades para la Hospitalización de niños y adolescentes sólo hay tres. Dos no tienen personal propio y la de la Fe dispone de un turno completo de enfermería (DUE y auxiliar) y un psiquiatra a tiempo parcial. (Solo cuando hay ingresos)

PSICOGERIATRÍA:

No existe ni un solo servicio de psicogeriatría, ni programas específicos ni personal específicamente dedicado a este sector de edad.

PREVENCIÓN PRIMARIA:

No existe ningún servicio, ni programa, ni personal que se ocupe de elaborar proyectos, ni de desarrollarlos.

Antes de cerrar este apartado hay que mencionar el desarrollo reciente de algunos recursos relacionados con necesidades que cuando se aprobó la Ley General de Sanidad proba-

blemente no existían o presentaban una prevalencia y gravedad menor que en la actualidad, tales como las toxicomanías y los trastornos de la alimentación.

El desarrollo de recursos para el tratamiento de las toxicomanías ha sido considerable, si bien todavía muy insuficiente para el nivel de demanda actual. De todas formas hay que señalar que existen muchos dispositivos de hospitalización, residenciales y de día que dependen de ONG y que no han podido ser registrados, por lo que esta parte de la evaluación no es completa.

La atención a los problemas de la alimentación ha experimentado un importante desarrollo recientemente. Sin embargo no está claro que el incremento de recursos en este terreno responda a un incremento real de los trastornos de la alimentación en la población general. Llama la atención el interés de la Administración por esta patología, cuando hay otras de mayor prevalencia y gravedad, presentes desde siempre, que siguen estando insuficientemente atendidas. Desde el punto de vista epidemiológico tal vez se trate de una pseudo-necesidad socialmente construida, más que un problema de salud pública emergente. Los recursos para la atención de esta patología consisten en cinco unidades de atención ambulatoria y tres unidades de hospitalización.

2. EL FUNCIONAMIENTO

La reforma del sistema se orientó inicialmente hacia una psiquiatría basada en la comunidad aunque nunca de una forma clara. En la actualidad siguen sin cumplirse los principios básicos de la psiquiatría comunitaria.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS:

La mayor parte de los dispositivos asistenciales carecen de mecanismos de coordinación específicos (profesionales de enlace, comisiones de coordinación, reuniones periódicas con otros equipos, protocolos de derivación) con otros dispositivos sanitarios y sociales del área con los cuales han de colaborar para suministrar una asistencia integrada. Todavía hay centros que no están sectorizados.

ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD:

La dotación de personal es muy desigual, incluso entre dispositivos dentro de una misma área. Algunas áreas carecen de USM propia o de UPHG. Estas desigualdades en personal y dispositivos no corresponde con una distribución diseñada en función de las necesidades de la población.

La asistencia domiciliar es escasa y no está específicamente programada.

PARTICIPACIÓN:

La participación de los usuarios en la actividad de los dispositivos es muy escasa, pese a la existencia de 23 asociaciones de familiares de enfermos mentales en la Comunidad. La participación en la elaboración del Plan de Salud Mental ha sido prácticamente inexistente.

AUTONOMÍA Y NORMALIZACIÓN:

Son muy escasos los dispositivos con camas (hospitales, residencias) que tienen y usan protocolos destinados a proteger los derechos humanos de los pacientes cuando hay que realizar intervenciones en contra de su voluntad. La localización y los ambientes de estos dispositivos no están diseñados de acuerdo con los principios de normalización.

EFICACIA:

Las procedimientos de diagnóstico y las intervenciones terapéuticas y de rehabilitación están poco estructuradas y a menudo son poco específicas. Los equipamientos a menudo no permiten practicar una asistencia eficaz. No se lleva a cabo actividades para mejorar la calidad de la asistencia.

3. LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Los resultados de la encuesta de satisfacción dirigida a las Asociaciones de Enfermos Mentales indican que las puntuaciones se sitúan entre las categorías "Malísima" e "Insatisfactoria", especialmente en aquellos aspectos que hacen referencia a los recursos sociales para el ocio, la ocupación, las relaciones sociales, la rehabilitación y el alojamiento. Las tres puntuaciones más altas correspondieron a la categoría "Ni buena, ni mala".

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo Ortiz, M.F., et al. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000. (Cuadernos Técnicos; 4).
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. 1985 edición. Madrid: Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- Thornicroft, G., Tansella M. The Mental Health Matrix. 1999 edition. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- López Cerdá, M.A., Goberna Torrent, M.A., Pastor Ciurana, J.T. Población y bienestar social en los municipios alicantinos. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert, 1990.
- Gisbert, C. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001. (Cuadernos Técnicos; 6).
- FAISEM. Documento de trabajo 2. Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. 2000.

REFLEXIÓN SOBRE LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL
DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA

Garbiñe Etxebarria Martín, Idoia Azaldegui, Elena Elexpuru
Fundación Eragintza

1. FUNDACIÓN ERAGINTZA. TRAYECTORIA HISTÓRICA

La Fundación Eragintza se constituyó en Diciembre de 1991 para dar respuesta a las necesidades de apoyo de las personas con enfermedad mental severa para su rehabilitación e inserción socio-laboral. Esto fue posible gracias a la inquietud de sus promotores y al compromiso de Bilbao Bizkaia Kutxa, de la cual Eragintza es Obra Social en colaboración, y de la Diputación Foral de Bizkaia.

“En la rehabilitación laboral es tan importante cada uno de los pasos de este proceso como el objetivo final del mismo. Se trata de un proceso individual en el que interactúan muchas variables y muy complejas; su duración, los objetivos y subobjetivos están siempre en función de las necesidades individuales. (...)” (Shepherd, 1996).

La rehabilitación laboral, al igual que otras intervenciones de carácter psicosocial, desborda el ámbito sanitario-psiquiátrico. Por ello, son necesarias iniciativas para crear recursos e intervenciones encaminados a facilitar a las personas con enfermedad mental severa la recuperación, adquisición o potenciación de las habilidades, hábitos y conocimientos que les permitan alcanzar su máximo nivel de integración laboral.

El programa de rehabilitación e inserción socio-laboral de la Fundación Eragintza, se enmarca en el modelo de intervención psicosocial comunitario que se fundamenta en el principio de que la persona con enfermedad mental severa, puede aprender a mejorar su funcionamiento y aumentar su nivel de autonomía.

Este modelo está encaminado a la integración y normalización social de este colectivo. Para conseguir este objetivo el desempeño de un trabajo es un factor clave y tiene un gran potencial terapéutico para estas personas.

La Fundación Eragintza es pionera en el País Vasco en cuanto a la especificidad de su objetivo fundacional (rehabilitación e inserción socio-laboral) de personas con enfermedad mental severa. Por ello, tuvo que dedicar parte de sus primeros esfuerzos a crear una “cantera” de profesionales en este campo a través de varios cursos de formación entre los años 1992 y 1996:

- 3 cursos de “Monitores de Rehabilitación Laboral de Personas con Trastornos Mentales”. Total: 1020 h. y 96 alumnos.
- 1 curso de “Gestión empresarial para Promotores de empresas empleadoras de personas con trastorno mental de larga evolución”. 250 h. y 20 alumnos.
- 1 curso sobre el “Vínculo Afectivo y su Aplicación a la Rehabilitación y Prevención”. 77 h. y 35 alumnos.

Paralelamente, y en colaboración con la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Mentales (AVIFES) y la Fundación Argia, la Fundación Eragintza puso en marcha en 1993 un Centro Especial de Empleo dedicado a la actividad de lavandería industrial (LAVANINDU S.L.) para proporcionar empleo remunerado a las personas con trastornos mentales severos.

En 1994, con el objeto de ampliar la gama de servicios y de estructurar y coordinar todo el proceso de rehabilitación laboral en diferentes fases, Eragintza abre un centro donde centraliza sus oficinas y los programas de formación para los profesionales. En este centro se proporciona a los/as usuarios/as diferentes servicios: acogida y valoración desde los centros de

referencia, formación básica, entrenamiento en habilidades socio-laborales, orientación y apoyo hacia el empleo (protegido y normalizado).

Además, con el objeto de impulsar y ampliar su programa de rehabilitación e inserción socio-laboral y de intercambiar experiencias con otros proyectos que trabajan en el mismo campo, Eragintza se incorporó a la iniciativa comunitaria HORIZON a través de la red ACCEPT de la que fue miembro fundador.

El objetivo de este proyecto era crear recursos de formación y empleo para las personas con enfermedad mental y disseminar las buenas prácticas en este sentido a nivel transnacional.

La implicación en esta red contribuyó en gran medida a la puesta en marcha por parte de Eragintza de diversos recursos de formación ocupacional y trabajo protegido:

1995 - Taller de Formación Ocupacional en Encuadernación artesanal.

1996 - Centro Ocupacional de Encuadernación

Taller de Formación Ocupacional en Jardinería

Taller de Formación Ocupacional en Hostelería

1997 - Centro Ocupacional de Jardinería

1999 - Centro Ocupacional de Hostelería

En Abril del 2002 se pone en marcha el 4º Centro Ocupacional de lavandería que se ubica dentro del Centro Especial de Empleo LAVANINDU, y en el 2003 el 5º Centro, en esta ocasión de cableado. Estos nuevos recursos además de proporcionar a los usuarios/as otra oportunidad de formación y actividad ocupacional, en este caso en el de lavandería industrial, sirve como medio de transición al Centro Especial de Empleo donde está ubicado.

El progresivo crecimiento en recursos materiales y humanos de la Fundación Eragintza, ha permitido incrementar de forma importante el número de personas a los que presta sus servicios, desde los 30 trabajadores/ras de LAVANINDU con enfermedad mental en 1993, hasta las 440 personas atendidos en el 2002. El objetivo es continuar aumentando recursos para poder atender a todas las personas que lo necesiten.

La Fundación Eragintza parte del principio de que es necesario ofrecer la gama más amplia posible de recursos e intervenciones para la rehabilitación e inserción socio-laboral: orientación vocacional; formación básica y ocupacional; entrenamiento en habilidades socio-laborales y de búsqueda de empleo; empleo protegido; apoyo para acceso y mantenimiento en empleo normalizado; etc.). Todo ello se articula en itinerarios individualizados con caminos de ida y vuelta, cuando así lo requiere la situación y necesidades de la persona con enfermedad mental severa, para poder facilitar y apoyar eficazmente que cada usuario/a alcance el máximo nivel posible de integración laboral.

2. LA FUNDACIÓN ERAGINTZA EN LA ACTUALIDAD

2.1. FASES

El programa de rehabilitación laboral de Eragintza se lleva a cabo a través de las siguientes fases:

A) Acogida y valoración

Es el primer contacto de la persona con nuestro servicio, al cual es derivada, en la mayoría de los casos, desde la red de salud mental de Osakidetza y a través de otros recursos de la comunidad (AVIFES, servicios sociales de Diputación y Ayuntamientos, programas de rehabilitación e inserción, etc.).

Previamente a la entrevista de acogida, se establece contacto con el equipo o profesional de salud mental para valorar si la persona cumple los criterios de derivación, y para recoger información de referencia (situación mental, motivación, cumplimiento terapéutico, apoyo social o familiar, hª académica y profesional, conductas de riesgo, funcionamiento psicosocial, objetivos, derivación, etc.).

Durante la entrevista de acogida, además de ampliar la información recogida por el equipo de salud mental, se realiza una valoración general de la persona, y se le proporciona información y orientación sobre los diferentes servicios del programa teniendo en cuenta sus capacidades e intereses.

B) Formación

Eragintza, a través de diferentes actividades y cursos de formación, persigue los siguientes objetivos:

- Adquisición y/o mejora de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales de ajuste laboral.
- Fomentar la socialización.
- Estructuración de la jornada diaria
- Elevar la autoestima y confianza
- Aumentar la motivación hacia actividades formativas y laborales
- Aumentar el nivel de competencia profesional
- Reducir la probabilidad de recaídas y el nivel de deterioro (cognitivo, funcional...)
- Para cumplir estos objetivos se dispone de distintos niveles formativos:

B.1. Formación Básica

Idiomas: (euskera e inglés)

Cultura General: (Educación General Básica)

Revista: Coordinación, elaboración de reportajes y diseño de la revista "Euritakoa" (medio de información de otros servicios de rehabilitación e inserción para personas con trastorno mental), de la cual forman parte, además de ERAGINTZA: BIZITEGI, AVIFES, FUNDACIÓN ARGIA y EGUNABAR.

Maquetación: Manipulación de imágenes, diseño, maquetación por ordenador, Pintura Artística

* Estos cursos son impartidos por el equipo de voluntariado y por profesores.

B.2 Entrenamiento en Habilidades Socio-Laborales

Habilidades de comunicación interpersonal.

Técnicas de manejo de estrés, resolución de problemas y mejora de la autoestima.

Orientación vocacional y técnicas de búsqueda de empleo.

B.3 Formación Laboral:

- Informática.
- Internet.
- Contabilidad.
- Inteligencia emocional aplicada a la empresa.
- Atención al cliente.
- Curso de preparación de oposiciones

B.4 Formación Ocupacional

La Fundación Eragintza ofrece la posibilidad de aprender un oficio gracias a la formación ocupacional que se lleva a cabo en cinco centros ocupacionales en donde se imparten y ponen en práctica los conocimientos y habilidades requeridas para el desempeño de actividades laborales productivas en diversos campos como encuadernación, jardinería, hostelería.

Cada taller cuenta con maestros profesionales del oficio, encargados de la formación y supervisión de las tareas, y con monitores laborales que se centran en el ajuste psicosocial de cada usuario, trabajando en coordinación con las psicólogas de Eragintza, las familias y los equipos de salud mental.

C) Centros ocupacionales

Eragintza dispone, hasta el momento, de cinco centros ocupacionales:

Centro Ocupacional de Encuadernación

El Taller de Encuadernación, además de impartir formación, se dedica a la actividad comercial desde Diciembre de 1996. La actividad laboral remunerada es desarrollada habitualmente por 12 de los 15 usuarios del taller, que han sido previamente formados en el oficio hasta alcanzar el nivel de capacitación suficiente para realizar trabajos de encuadernación para clientes del mercado abierto.

Centro Ocupacional de Jardinería

En el taller de jardinería se creó el Centro Ocupacional en Octubre de 1997. Forman parte del mismo, habitualmente, 10 de los 27 usuarios que acuden al taller. Estos 10 usuarios realizan una actividad laboral remunerada para clientes del mercado abierto, que consiste en el mantenimiento de zonas ajardinadas.

Centro Ocupacional de Hostelería

En el Taller de Hostelería, se creó en Abril de 1999, un Bar Restaurante que proporciona desayunos, menús del día y catering de canapés. En este centro ocupacional trabajan, habitualmente, 6 de los 15 usuarios del taller.

Centro Ocupacional de Lavandería Industrial

Este centro ocupacional, puesto en marcha en Abril de 2002, está ubicado en el Centro Especial de Empleo Lavanindu, y cuyo objetivo es potenciar la transición de sus usuarios del Centro Ocupacional al Centro Especial de Empleo. Forman parte de este centro una media de 12 usuarios y una monitora laboral.

Centro Ocupacional de Cableado

Este Centro ha sido creado en Mayo de este mismo año. En él se encuentran habitualmente una media de 20 personas realizando diferentes tipos de montajes de circuitos eléctricos.

D) Empleo protegido –Centro especial de empleo– LAVANINDU S.L

LAVANINDU S.L. es una lavandería industrial que fue puesta en marcha en Mayo de 1993 con el patrocinio de la Fundación Eragintza, la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos (AVIFES) y La Fundación Argia.

El trabajo que se realiza en la empresa incluye tareas como el lavado, planchado y empaquetado de ropa de cama, mantelerías, uniformes, buzos, etc., para clientes del mercado abierto.

En la plantilla de Lavanindu hay habitualmente 50 trabajadores con enfermedad mental.

El equipo de rehabilitación está formado por 3 monitores laborales de la empresa, y un psicólogo de la Fundación Eragintza.

E) Empleo normalizado

El empleo en el mercado laboral abierto es el nivel máximo de integración laboral y el mayor reto de la Fundación Eragintza.

Parte de las personas que acceden a este nivel lo hacen de forma directa desde la formación básica, dado que poseen sus capacidades conservadas, un buen historial académico y profesional y una situación mental muy estable.

Otras personas necesitan seguir en parte o en su totalidad el proceso previo (formación ocupacional y trabajo protegido) para poder alcanzar el nivel de capacitación que le permita desempeñar un empleo normalizado.

La Fundación Eragintza cuenta con 2 servicios destinados a facilitar a los/as usuarios/as su incorporación y mantenimiento en empleos en el mercado laboral abierto:

E.1. Servicio de Orientación y apoyo en búsqueda de empleo

Información sobre ofertas de empleo y formación

Orientación vocacional y técnicas búsqueda empleo

Apoyo y seguimiento en búsqueda de empleo

Creación de un aplicativo informático para la orientación vocacional y búsqueda de empleo. (Dentro de la estructura de Club de Trabajo).

Acción propuesta por la Fundación Eragintza dentro del proyecto EQUAL-ZABALAN.

E.2. Servicio de apoyo y seguimiento en incorporación y mantenimiento del empleo normalizado

Apoyo y seguimiento continuo y adaptado a la situación de la persona incorporada a un empleo normalizado, estructurado a través de entrevistas de apoyo y de la coordinación con su entorno (familia, equipo salud mental, otros recursos de apoyo, etc.).

La Fundación Eragintza dispone en su página web (www.eragintza.org) de una bolsa de empleo donde, además de figurar los perfiles profesionales de las personas candidatas a empleo normalizado y los puestos de trabajo a los que optan, se ofrece información detallada y personalizada sobre los incentivos para la contratación de trabajadores con minusvalía.

En el año 2002, 43 usuarios/as incorporados en empleos normalizados han recibido apoyo y seguimiento desde la Fundación Eragintza. Los puestos de trabajo a los que han accedido han sido, entre otros, los siguientes: Jardinero, auxiliar administrativo, conserje, pintor, camarero, operario de limpieza, programador informático, auxiliar de correos, soldador, mensajero, ayudante postal, servicio doméstico, peón metal, dependiente, vigilante, pintor, encuadernador, vigilante seguridad, cuidador de 3ª edad, encuadernador artesanal, etc.

3. LOS PROYECTOS Y OBJETIVOS DE ERAGINTZA PARA EL 2003/2004

OBJETIVOS

En la actualidad, la Fundación Eragintza continua proponiendo a los/as usuarios/as todas las opciones que existen dentro de las cuatro fases que integran el proceso de rehabilitación laboral. Este año, estamos intentando reforzar los siguientes objetivos:

Ampliar el número de centros ocupacionales: Durante este año 2003 se ha creado el centro ocupacional de cableado con una media de 20 personas.

Potenciar la rotación de las personas en estos centros ocupacionales garantizando los itinerarios de ida y vuelta. No se trata de sobreproteger, manteniéndolas en entorno protegido, sino de avanzar en su proceso de rehabilitación laboral intentando acceder a un empleo normalizado o empleo protegido (CEE). Se trata de que conozcan la experiencia del centro ocupacional avanzando desde la fase de la acción formativa.

Fomentar la participación de los/as usuarios/as en el servicio de orientación y búsqueda de empleo como vía de acceso al empleo normalizado desde el apoyo. En el 2002, 43 personas conocieron la experiencia de trabajar en empleo normalizado, y en Agosto del 2003 ya han sido 38 las personas en esta situación.

Informar a los/as empresarios/as sobre la capacidad de trabajo de estas personas. Por medio de entrevistas en prensa, reportajes en televisión y entrevistas y conferencias destinadas al mundo empresarial, hemos intentado dar a conocer esta situación. Continuaremos con la campaña de difusión de la entidad y de nuestra bolsa de trabajo dirigida hacia el empresariado.

Coordinar y agilizar los procesos de derivación, difundiendo el protocolo de derivación a Eragintza entre los centros de salud mental, hospitales de día y hospitales psiquiátricos.

Optimizar los recursos disponibles para atender al mayor número posible de personas y así reducir las listas de espera.

Obtener la certificación ISO 9001: 2000 del programa de reinserción socio-laboral de personas con enfermedad mental de larga evolución.

PROYECTOS

Creación de un Club de trabajo. Organización de un área de trabajo con ordenadores conectados a internet para que de forma autónoma cada persona busque ofertas de trabajo, envíe sus CurriculumVitae, y se informe sobre el mercado laboral. Para ello hará uso de una base de datos informatizada específicamente diseñada (denominada LANBILA ERAGINTZAN) que constituya una guía en su itinerario de inserción laboral. Siempre contando con el apoyo y seguimiento de una psicóloga que hace las funciones de orientación, apoyo y seguimiento. Este club de trabajo contribuye a potenciar el acceso al empleo normalizado de las personas con enfermedad mental.

Participar en el programa Europeo Equal con el proyecto Zabalán liderado por Ehlabe. Este proyecto incide en la integración socio-laboral de colectivos con discapacidad psiquiátrica, ex toxicómanos o alcohólicos. Entre los diversos proyectos, se tratará de diseñar actuaciones de incorporación sociolaboral y de crear un protocolo de colaboración entre la red de centros de salud mental y los diferentes agentes de inserción socio-laboral.

Continuar profesionalizando los centros ocupacionales existentes, ofreciendo un servicio y producto de calidad.

4. REFLEXIÓN SOBRE LA REHABILITACIÓN LABORAL EN ERAGINTZA

En la Fundación Eragintza se tiene la creencia que la rehabilitación laboral es útil y promueve la recuperación de las personas con enfermedad mental. El trabajo resulta fundamental para conseguir el bienestar, futuro e integración de estas personas entre nosotros, en la sociedad. Con el programa de rehabilitación laboral se pretende mejorar las capacidades de estas personas y atenuar sus déficits. Para ello, se trata de articular diversos recursos, como la creación de centros ocupacionales y centros especiales de empleo, en donde estas personas demuestren su valía y se preparen para acceder al empleo normalizado en un futuro.

La rehabilitación laboral no es una intervención meramente ocupacional, no se trata de tener a la persona ocupada haciendo "cualquier cosa", sino de apoyarle en el desarrollo de un proyecto profesional que tenga sentido en su vida.

En todo este proceso de rehabilitación resulta fundamental no sobreproteger a las personas, se les debe animar, desde el apoyo de los profesionales, instituciones y familia, a que intenten una experiencia en talleres, CEE o empleo normalizado. En muchas ocasiones nos sorprenderán.

Otro de los aspectos clave consiste en respetar el ritmo de adaptación y de toma de decisiones e iniciativas de la persona a lo largo de su proceso de rehabilitación laboral:

él/la usuario/a es el protagonista de este proceso y, por tanto, los objetivos se deben consensuar con el/ella.

A través de la vinculación que establece el profesional con la persona hay que transmitirle confianza en su capacidad, motivarle y garantizarle que cuenta con apoyo cuando lo necesite para que se sienta seguro.

Tan fundamental como ofrecer una formación adecuada, resulta potenciar la enseñanza de técnicas de búsqueda de empleo normalizado para ofrecer a los usuarios unas herramientas con las que saber comportarse y acceder al mercado laboral. Una vez accedan al empleo normalizado, se ofrecerá el apoyo para que se mantengan en el puesto de trabajo.

Para potenciar el acceso al empleo normalizado, resulta imprescindible que los itinerarios de integración laboral sean de ida y vuelta: cualquier persona se atreverá más a dar pasos adelante, si sabe que en caso de no poder mantenerlos, tiene la posibilidad de volver a su situación anterior.

La Fundación Eragintza continuará apostando por la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental severa, contribuyendo a que tengan un proyecto profesional que les permita ser parte integrante de esta sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaín, E., Colis, J.A., Galilea, V.; Lavado, A., Muñiz, E., San Bernardo, T., Sánchez, O., Pagola, R., Nicolás, M., Rodríguez, A. y Sobrino, T. (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Cañamares, J.M. Castejón, M.A., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). *Rehabilitación Laboral: Esquizofrenia*: Madrid.
- Carreras, P. (2001) *La adecuación de la formación y el empleo para personas con enfermedad mental*. Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), nº 13.
- Colis, J.A. (2001): *El ajuste Laboral en el modelo de los Centros de Rehabilitación Laboral*. Boletín de la AMRP, nº 13.
- FEAFES (2001): *Modelo de inserción laboral de personas con enfermedad mental*. Revista de FEAFES nº 1.
- Liberman (1988-1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Ed.: Martínez-Roca.
- Rodríguez, A (1997). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos mentales crónicos*. Ed.: Pirámide.
- Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V., Colis, J., González, J. y Orbiz, S. (1997). *Rehabilitación Laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos*. Ed: Pirámide.
- Sobrino, T. (2001). *La inserción laboral de la persona con enfermedad mental crónica* (AMRP), nº13.
- Verdugo, M.A. y Jenaro, C. (1994). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: INSERSO: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Verdugo, M.A., Jordán de Urríes, F.B. y Bellver, F. (1998). *Situación actual del empleo con Apoyo en España*. Siglo Cero, nº 175.

O IMPACTO DA PARCERIA COMUNITÁRIA NA INCLUSÃO SÓCIO- PROFISSIONAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Rute Isabel Loureiro. Rumo
Cooperativa de Solidariedade Social, CRL - Portugal / Barreiro

DEFINIÇÃO

A Rumo é uma cooperativa, sem fins lucrativos, que tem por objectivo fundamental a solidariedade social e o desenvolvimento de actividades de apoio em diferentes domínios de intervenção a pessoas em situação de desfavorecimento, visando a defesa dos seus direitos individuais e de cidadania, designadamente no quadro da promoção do direito à igualdade de oportunidades e à inclusão escolar, profissional e comunitária.

VISÃO

Para a Rumo a inclusão social de pessoas em situação de desvantagem e o exercício da cidadania implica a participação a todos os níveis, numa perspectiva de auto-determinação e envolvimento comunitário, numa sociedade inclusiva, fraternal e não discriminatória.

MISSÃO

Promover a inclusão educativa, social e profissional de pessoas em situação de desvantagem, na perspectiva do movimento de emprego apoiado.

HISTORIAL

A Rumo iniciou actividade em Outubro de 1981.

Principais projectos em que esteve ou está envolvida, como entidade promotora ou associada:

- Programa Integrado de Formação Profissional e Emprego para Jovens com Deficiência da Península de Setúbal - PROISET –1990-1996–
- Projecto Agora - Formação profissional em contexto de empresa (Horizon) –1992-1994–
- Projecto Youthin - Transição da escola para a vida adulta (Youthstart) –1995-1997–
- Projecto Proact - Transição da escola para a vida adulta (Youthstart) –1998-1999–
- Projecto Networks - Redes sociais / formação técnicos em emprego apoiado (Horizon) – 1995-2001–
- Projecto Inse - Inserção profissional de pessoas em situação de desfavorecimento (Integrar) –1997-2000–
- Projecto Formar - Inserção profissional de pessoas com deficiência ou doença mental –1988–
- Projecto Inclusão - Inserção profissional de pessoas em situação de desfavorecimento –2000–
- Projecto Transitar – Transição da escola para a vida adulta –1997–
- Integrar pelos Centros de Emprego –1999-2001–
- Empresas de Inserção – 7 empresas de inserção, de apoio a Jardins-de-infância e Escolas do 1º Ciclo da rede pública do Concelho do Barreiro –2000–

- Escola Incluir – Cursos de educação-formação –2000-2002–
- Projecto Partners in Policymaking, Leadership for Change –Auto-determinação –1999-2001–
- Projecto Rede Ecos (Programa Leonardo Da Vinci) –1999-2001–
- Projecto Emprego Apoiado (Iniciativa Equal) –2001–
- Projecto Modelo Aberto de Orientação (Programa Joint Actions) –2002–
- Projecto Transição (Programa Comenius) –2002–
- Escola Incluir – Cursos de educação-formação –2002–
- Projecto Emprego Apoiado-Iniciativa Comunitária EQUAL –2001–
- Projecto Pectos em que esteve ou está envolvida, como entidade promotora ou associada:
 - revenir em Família-Prevenção da Toxicodependência-Freguesias do Lavradio e Alto Seixalinho-IDT –2002–

PRINCIPAIS ÁREAS DE INTERVENÇÃO:

- Transição de jovens em risco, de escolas regulares de 2º e 3º ciclos e escolas secundárias, para a vida adulta
- Formação profissional e emprego de pessoas em situação de desfavorecimento
- Acompanhamento pós-contratação
- Intervenção comunitária em redes sociais de intercooperação
- Formação de técnicos
- Empresas de inserção na área de serviço alimentar e de apoio a crianças de jardins-de-infância e escolas do 1º ciclo do ensino básico
- Apoio residencial a crianças e jovens em risco grave

PROJECTO SER DE NOVO – INTEGRAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

A Rumo, é promotora de um projecto regional na Península de Setúbal para a inclusão social da pessoa com doença mental, em parceria com o Hospital do Barreiro, Centros de Emprego do Montijo e do Barreiro e as Câmaras de Montijo, Alcochete, Barreiro e Moita. As zonas geográficas referidas correspondem não só às da intervenção da Rumo no desenvolvimento de projectos anteriores para a inclusão da pessoa desfavorecida, mas também cobrem a área de consulta psiquiátrica do Hospital do Barreiro, tendo sido assinado um protocolo de cooperação com o hospital no ano 2000.

O projecto de integração sócio – profissional de pessoas com doença mental tem como público alvo pessoas com doença mental crónica com diagnóstico clínico estabilizado, que manifestem vontade de trabalhar e que estejam inscritos nos Centros de Emprego.

O principal objectivo do projecto é a promoção da inclusão sócio – profissional utilizando a metodologia do Emprego Apoiado em Mercado Aberto de Trabalho e as redes de suporte natural na comunidade envolvente.

De acordo com esta metodologia promovemos a Auto-Determinação e Empowerment de pessoas com doença mental e suas famílias.

A participação da comunidade neste trabalho de inclusão, no qual o técnico de reabilitação é o agente de mudança social, assim como a própria pessoa com doença mental, tem contribuído para lutar contra o estigma e o preconceito inerentes a esta problemática. É neste sentido que iremos apresentar um vídeo com os testemunhos de alguns empresários e pessoas com doença mental.

CONTACTOS:

E-mail: rumopent@mail.telepac.pt

Página WEB: www.rumoinsercao.org

