

INTEGRACIÓN LABORAL, UN ELEMENTO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

Alberto Moragriega Górriz¹

RESUMEN En este artículo se hace una revisión del estado de la rehabilitación laboral en enfermos mentales crónicos desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial. Se describe a grandes rasgos la experiencia del Proyecto Primavera, programa Horizon de integración laboral de enfermos mentales crónicos que se desarrolló a lo largo de dos años. Posteriormente se analiza la situación socio-laboral de los usuarios del Centro de Rehabilitación para enfermos mentales de Orihuela. Ambas experiencias sirven de base para finalizar con una visión crítica acerca de las dificultades reales de integración laboral en personas con trastornos psiquiátricos, reforzar los progresos en la rehabilitación psicosocial y laboral que según la experiencia empírica se han dado en los últimos años y reconocer algunas de las carencias existentes en el momento actual.

PALABRAS CLAVE Integración laboral; enfermedad mental crónica.

INTRODUCCIÓN

Rehabilitación psicosocial y laboral

Los recursos destinados a la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental crónica han aumentado notablemente en los últimos años. En este marco nos encontramos con Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, programas específicos de formación laboral, centros ocupacionales, proyectos europeos y otra multitud de iniciativas todas ellas encaminadas a la mejora de la calidad de vida de sus beneficiarios pero que en muchos casos no tienen siquiera pautas comunes respecto a su metodología, estrategias de intervención e incluso a sus objetivos.

La rehabilitación psicosocial se entiende como un proceso que interviene con las personas con discapacidades psiquiátricas para favorecer su integración en su entorno comunitario de la manera más autónoma y normalizada posible. En este sentido Rodríguez. (1997) señala los principios en los que debe basarse toda práctica rehabilitadora:

- Debe apoyarse en una concepción amplia y comprensiva de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho a las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena.
- Esta debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.

- Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida con la máxima normalización posible a través de roles sociales adecuados a la situación de cada persona.
- Debe buscar el grado máximo de autonomía para cada sujeto teniendo en cuenta las características y potencialidades de cada sujeto en función de su entorno.
- Debe promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos e intereses personales.
- Las intervenciones deben ser específicas para cada persona según el principio de individualización.

Sobre esta base podemos decir que la rehabilitación psicosocial tendrá su objeto de intervención en todos los ámbitos de la persona que se ven afectados por el desarrollo de su enfermedad pero también en los elementos de su entorno que estén implicados. Liberman (1993) entiende que los "centros psicosociales" además de proporcionar un apoyo para ayudar a los enfermos a integrarse en la sociedad, optimizando sus niveles de independencia personal y afrontando esta situación con mínimo estrés, también deben proporcionar opciones de empleo y vivienda accesible.

La enfermedad mental engloba una gran variedad de patologías, muchas de ellas coincidentes en su sintomatología pero a su vez diferentes respecto a su evolución, pro-

¹Psicólogo. Director del C.R.I.S. de Orihuela.

nóstico y grado de deterioro que ocasionan en el sujeto, sin embargo también podemos hablar de elementos de convergencia como son el impacto que produce en las familias, la aparición de la enfermedad fundamentalmente en la adolescencia o el inicio de la edad adulta y el impacto que tiene en la autoestima de los enfermos (Lieberman, 1993; Watts y Bennett, 1990). El momento crítico de aparición de la enfermedad suele truncar en la persona su proyecto vital al interferir en su formación y su incorporación al mercado de trabajo.

A pesar de que no ha sido demostrada de manera inconsistente la relación entre desempleo y baja autoestima en la población general (Fernández-Montalvo y Garrido, 1999), en algunas personas con enfermedad mental la afectación que supone el desempleo se refleja en su motivación y su autoestima, lo que tiene consecuencias sobre el ajuste personal, los objetivos de la rehabilitación y la accesibilidad a la real integración. Si a ello añadimos que la tasa de desempleo de la población global psiquiátrica se sitúa en torno al 70 % (FEAFES, 2001) y que las personas con enfermedad quieren vivir en un "mundo real", poder participar en situaciones de la vida real, estudiar y obtener un empleo (Farkas, 1996), podemos concluir acerca de la importancia de que las personas con enfermedad mental tengan mayores posibilidades de acceder al mercado laboral. La variabilidad de las personas con enfermedad mental, el carácter integral, continuo e individualizado que la experiencia empírica aconseja en la rehabilitación psicosocial, su propia situación de desventaja respecto al resto de la población y el objetivo de la estabilidad en el empleo hacen necesario que se generen los recursos suficientemente dotados y coordinados para poder intervenir desde el momento en que hay que recuperar aspectos más básicos para la autonomía personal hasta cuando se produce el acceso al mercado de trabajo, que al menos en teoría supone mayores niveles de integración social.

Proyecto primavera. Una experiencia de integración laboral con enfermos mentales crónicos

El Proyecto Primavera ha sido un programa Horizonte III del FSE para la integración socio-laboral de enfermos mentales crónicos, aún con su tardía incorporación a estas ayudas ha supuesto una experiencia que ha servido de base para la generación de estructuras intermedias para enfermos mentales que hasta la puesta

en marcha de este proyecto no existían en toda la comarca de la Vega Baja del Segura (área de salud 20).

El comienzo del proyecto fue en octubre de 1998 y su finalización el 31 de octubre de 2000. Si bien, el objetivo como Proyecto Horizonte para la promoción del empleo en personas en situación de desventaja social, era procurar la integración laboral de personas con enfermedad mental crónica, la complejidad de síntomas en esta problemática y el grado de desintegración social que la acompaña impuso la necesidad de integrar servicios que fueran abordando las diversas dificultades que pudieran presentar los enfermos. Así, el proyecto se estructuró en varias fases por las que fueron pasando los usuarios en función de sus intereses, necesidades y estado psicopatológico. Estas fases fueron: Orientación, Rehabilitación, Formación laboral e Inserción laboral.

Objetivos.

1. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.
2. Facilitar la integración social y laboral de los usuarios.

Ámbito geográfico de actuación.

Comarca de la Vega Baja. Área de Salud 20 de la Comunidad Valenciana (Hospital Comarcal, Centros de Salud de Orihuela, de Almoradí y de Torreveja). Desde el Proyecto se trabajó en coordinación con los profesionales de la salud mental de estos centros.

Perfil de los usuarios.

- Residentes en la Comunidad Valenciana.
- Estar en tratamiento y ser derivados por los servicios de salud mental.
- Tener entre 18 y 45 años.
- No presentar conductas excesivamente disruptoras o agresivas.
- No presentar conductas de adicción, siendo necesaria su previa desintoxicación para su incorporación a los programas.
- Mostrar interés por su posible incorporación al mundo laboral.

Perfil diagnóstico.

- Trastornos psicóticos.

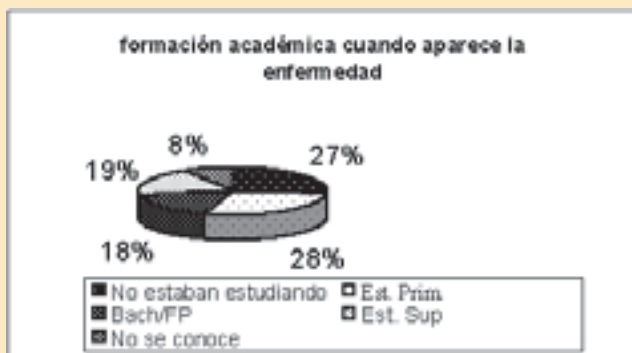


Figura 1

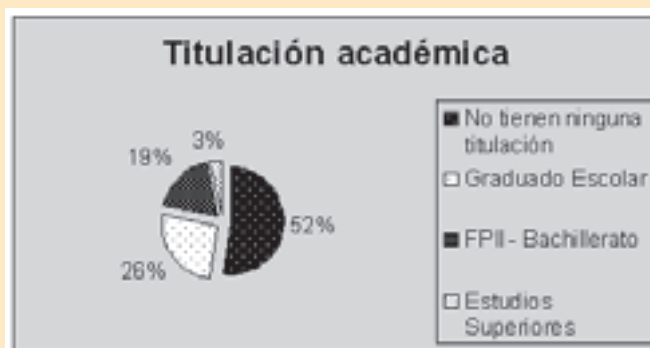


Figura 2

- Trastornos del estado de ánimo graves y recurrentes.
- Trastornos graves de personalidad.

Datos demográficos ($n = 120$, no se tienen en cuenta 11 personas a las que no se admitió como usuarios por no cumplir el perfil diagnóstico).

Distribución por sexos. El porcentaje de mujeres (21%) que participó en el proyecto fue notablemente inferior al de hombres. Este dato no se corresponde con los datos de prevalencia general de las enfermedades mentales en función del género.

Grupos diagnósticos. El 81% diagnósticos del grupo de las esquizofrenias.

Distribución por edad. El 88% de los usuarios comprendidos en el rango de edad entre 20 y 40 años.

Población de Residencia.

Orihuela	56	Pedanías de Orihuela	18
Torrevieja	18	Bigastro	2
Callosa del Segura	5	Formentera / Rojales	3
Granja de Rocamora	2	Almoradí	3
Daya Nueva	1	Guardamar	2
Rafal	1	San Miguel de las S.	1
Cox	2	Redován	3
Dolores	2	Pilar de la Horadada	1

Formación académica.

Nos encontramos ante una población con escasa formación académica y profesional. Un porcentaje muy alto no han cursado estudios primarios y en el caso de haberlos cursado no han obtenido el graduado escolar (tienen certificado de escolaridad).

Otro grupo son aquellos que han cursado estudios de Bachillerato o de Formación Profesional. También se

caracterizan por no haber finalizado los estudios en su gran mayoría.

De los 23 sujetos (19%) que iniciaron estudios universitarios, únicamente 3 habían obtenido un título medio o superior.

En la figura 1 se aprecia el momento en el que los usuarios quedaron respecto a su formación académica, bien por la aparición de la enfermedad o por que ya manifestaban pródomos que interfirieron en la escolarización. Excepto un bajo porcentaje en el que la aparición de la enfermedad se dio cuando estaban trabajando, en la mayor parte de los casos la enfermedad aparece mientras estaban estudiando. La figura 2 indica la titulación académica de los usuarios, entre los que no tienen titulación se incluyen aquellas personas con certificado de escolaridad.

Los datos que se observan en los gráficos indican el impacto que la enfermedad ha tenido sobre la formación académico-laboral en esta muestra.

Recursos humanos.

El Proyecto contó con perfiles de profesionales que posibilitaron el abordaje específico en cada una de las fases del mismo. Estos fueron:

Dirección: jefes de área de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Orihuela.

Administración: un administrador y un auxiliar administrativo.

Psicólogos: dos a jornada completa y dos a media jornada.

Trabajadores sociales: uno a jornada completa y uno a media jornada.

Profesionales de formación: un maestro de taller, un monitor de jardinería, un monitor de floristería y un monitor polivalente.

Técnico de inserción laboral: un graduado social.

Fase de orientación

En el servicio de orientación se realizaron las siguientes funciones y tareas:

- Acciones de sensibilización hacia la problemática de la enfermedad mental dirigidas a la población en general.
- Orientación a las personas, familiares y colectivos afectados por enfermedad mental.
- Valoración inicial de posibles usuarios. En el caso de no estar interesados, no cumplir el perfil o que su estado psicopatológico no aconsejaba la inclusión en el proyecto, se derivaron a otros recursos.
- Coordinación con los servicios y profesionales sanitarios de la salud mental en la comarca.
- Coordinación con los servicios sociales, laborales y otros profesionales en la comarca.
- Evaluación psicosocial de los usuarios.
- Evaluación familiar y coordinación en el proceso de rehabilitación.
- Elaboración de planes individuales de rehabilitación.
- Elaboración de itinerarios de inserción laboral.
- Seguimiento de los usuarios.

El servicio de orientación, en 20 meses de funcionamiento atendió 131 casos de los cuales 89 pasaron a otras fases del proyecto, mientras que 42 no lo hicieron por diversas causas:

No cumplían perfil diagnóstico	11
No se interviene por presentar síntomas positivos de crisis	5
Deciden no iniciar la intervención	12
Abandonan durante el proceso de evaluación	11
Decidimos no intervenir al considerar que existía buen grado de integración social y laboral	3

Fase de rehabilitación (n = 89)

A partir de los resultados obtenidos en el proceso de evaluación y la posterior elaboración de Planes Individualizados de Rehabilitación se llevaron a cabo acciones dirigidas a la mejora de aptitudes básicas, desarrollo personal y rehabilitación funcional tanto en formato individual como grupal, en función de las necesidades y objetivos consensuados con cada usuario y su familia.

La finalidad de este servicio era mejorar algunos déficits que los usuarios presentaban fruto de su enfermedad, tales como la no conciencia de enfermedad, irresponsabilidad en la toma de medicación, presencia de hábitos perjudiciales, pérdida de habilidades para relacionarse adecuadamente con otras personas, presencia de deterioro en la ejecución de las funciones superiores del pensamiento, pérdida de capacidad de autonomía personal, falta de hábitos de autocuidado, escasez de recursos de ocio y para la ocupación del tiempo libre, mala preparación académica para el empleo o la falta de habilidades de afrontamiento, entre otras. La rehabilitación de todos los aspectos comentados es requisito imprescindible para poder situar a las personas con enfermedad mental en un punto de partida adecuado para la formación y la integración laboral.

Talleres grupales de rehabilitación.

- Habilidades sociales
- Rehabilitación cognitiva
- Taller académico
- Actividades de la vida diaria
- Taller de aprendizajes básicos
- Manejo del insomnio. *Actividades de Ocio.*

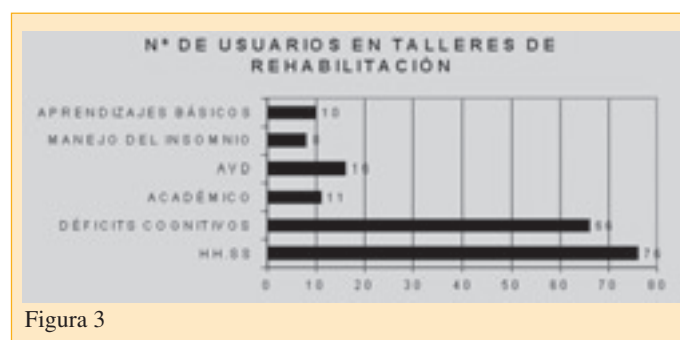


Figura 3

Actividades de Ocio.

Una de las características de la población con la que trabajamos es el retraimiento social y la dificultad para la ocupación del tiempo libre, con la consiguiente pérdida de reforzadores en cuanto a sus actividades de ocio. En el Proyecto Primavera, se dio bastante importancia a este tipo de actividades, intentando mediante ellas estimular aspectos como las Habilidades Sociales, las AVD la estimulación cognitiva o la psicomotricidad. Con este tipo de actividades se procuró que se generalizaran las habilidades trabajadas en el proceso de rehabilitación.

Rehabilitación familiar.

Se hizo un trabajo paralelo con las familias, elemento imprescindible en todo proceso de rehabilitación y a los que se educó para que colaboraran activamente en los momentos de inserción laboral. Se crearon talleres para familiares, sin embargo la implicación de los familiares en actividades grupales fue inferior a lo deseable.

FAMILIA NO PARTICIPA EN SESIONES INDIVIDUALES	6
FAMILIA NO PARTICIPA EN TALLERES	65
FAMILIA PARTICIPA EN SESIONES INDIVIDUALES	83
FAMILIA PARTICIPA EN TALLERES	24

Los talleres de familia se estructuraron en los siguientes Módulos:

- Información sobre enfermedad mental.
- Principios de Aprendizaje.
- Comunicación y Emoción Expresada.
- Solución de cuestiones y problemas cotidianos.
- Actitudes para la integración laboral y la estabilidad en el empleo.

Fase de formación (n = 45)

El servicio de formación se proporcionó a dos niveles:

- *Formación en recursos ordinarios*: incluimos tanto cursos de formación como prácticas formativas en empresas.
- *Formación en el "Centro de Formación Laboral del Proyecto Primavera"*: donde se han impartido dos tipos de talleres: jardinería y floristería.

A lo largo de un año 45 personas recibieron formación laboral, todos pasaron previamente por el servicio de rehabilitación psicosocial. Algunos abandonaron estos talleres y no todos empezaron a la vez, por lo que el número de beneficiarios no es constante a lo largo del tiempo, manteniéndose una media de asistencia de 22 alumnos diarios.

La adaptación a la formación laboral se realizó progresivamente. En un principio se marcaron unas horas y días mínimos de asistencia, incluyéndolos dentro de su plan de rehabilitación psicosocial como una actividad más. Una vez observada la integración en estos talleres, se fue modificando cada plan incrementando

progresivamente los días de asistencia y ampliando el horario.

Durante medio año acudieron a los talleres de formación laboral sin ningún incentivo que no fuera su propia motivación, ello tiene más valor si tenemos en cuenta que casi un 35 % de ellos se trasladaban desde fuera del casco urbano de Orihuela. Una vez conseguida una planificación de actividades completa por las mañanas (de 9 a 14h.) y parcial por las tardes (otras actividades de rehabilitación psicosocial y ocio) aparecieron dos dificultades. Por un lado la desmotivación y por otro el solapamiento de los talleres de rehabilitación de la mañana con los de formación, con el inconveniente añadido de que tenían que desplazarse desde el centro de formación al de rehabilitación psicosocial. Estas dificultades se abordaron de la siguiente manera:

- Traslado físico de los talleres de rehabilitación al centro de formación y orientación de los contenidos de los primeros hacia temas relacionados con el empleo.
- Aplicación de una economía de fichas con incentivos económicos para promover un acercamiento a la realidad laboral. Los resultados supusieron un incremento de la media (sobre 23 usuarios seleccionados al azar) en el porcentaje de asistencias del 67% al 75%. Este dato no es significativo por carecer de diseño y validez experimental, no obstante merece consideración si tenemos en cuenta que al aplicar el sistema de incentivos se amplió el horario de formación de dos a cuatro horas diarias.

En el proceso de formación nos encontramos con los siguientes problemas:

- Falta de hábitos de trabajo. Además del tema de la asistencia, cabe señalar, las limitaciones físicas o las paradas frecuentes para fumar entre otras.
- Problemas de toma de decisiones y falta de iniciativa.
- Problemas de relación entre los propios usuarios.
- Escasa facilidad para el aprendizaje de los contenidos tanto prácticos como teóricos.
- Manifestaciones puntuales de síntomas de la enfermedad.

Estas y otras dificultades nos indicaron la importancia de mantener la rehabilitación y el apoyo psicosocial a lo largo de todo el proceso de inserción socio-laboral.

Fase de inserción laboral.

Como ya se ha dicho, un objetivo principal del Proyecto Primavera era lograr la inserción laboral de sus usuarios. Sin embargo, en la ejecución del proyecto no asumimos este objetivo como un fin sino como un elemento más de rehabilitación y de inserción social. *No todos podrán trabajar y en el caso de que puedan, el trabajo debe ser un factor que sirva para favorecer la realización personal y la integración en la sociedad, mejorar la autoestima, proporcionar autonomía y mantener unos ritmos de vida saludables. El empleo tendrá unas condiciones adaptadas a cada persona para que nunca sea fruto de tensiones y conflictos que perjudiquen la buena evolución del enfermo.*

En este sentido consideramos fundamental estudiar cada caso para proponer fórmulas que hicieran de la inserción laboral un elemento de satisfacción y no de conflicto.

Esta experiencia nos ha ido mostrando las limitaciones que tienen para desarrollar una actividad laboral con total autonomía, pero ello no debe ser un pretexto para negarles el derecho a trabajar y sentirse útiles, hecho que por otro lado va a favorecer su desarrollo personal, siendo un punto de apoyo más para el afrontamiento de la enfermedad, es por ello que se apostó para finalizar esta experiencia con la creación de un centro especial de empleo, destinado principalmente a cubrir las necesidades de algunos usuarios que no están en disposición de acceder al mercado ordinario de trabajo, pero que sí han demostrado una capacidad productiva y conciben la inserción laboral como algo beneficioso para ellos. Otros usuarios prefirieron no trabajar por lo que decidimos respetar esa decisión.

Dificultades y especificidades existentes en el proceso de inserción socio-laboral.
(nuestra experiencia)

- La complejidad de la problemática de la enfermedad mental hace que aunque en muchos casos el estado emocional y psicopatológico sea estable, aparezcan otros elementos que dificulten el proceso de inserción laboral.
- El aislamiento que produce la enfermedad mental obliga, en la primera fase del proceso de rehabilitación, a una labor individualizada enfocada a motivar al enfermo.
- Escasa experiencia laboral.
- La baja autoestima hace que, aún cuando la persona se encuentra estabilizada en la evolución de su en-

fermedad y a pesar de tener una preparación adecuada para desempeñar un puesto de trabajo, puedan aparecer altos niveles de ansiedad que les hacen dudar de sus posibilidades reales de integración global influyendo esto en su motivación. Creemos que este elemento no se da en la misma cuantía con otras discapacidades, bien porque no existe tanta conciencia de la propia situación personal respecto a sí mismo y al entorno, o bien porque el tipo de discapacidad no tiene tanta afectación sobre las emociones.

- El mismo trastorno, con similares síntomas tiene repercusiones individuales muy diversas.
- La mayoría de los trabajos tienen, además de la dificultad de las tareas que les son propias, la dificultad añadida de ser contextos de relaciones interpersonales que en ocasiones son conflictivas, por lo que es necesario incidir permanentemente en los problemas que puedan surgir en la relación con otras personas. Como consecuencia de esto se hace necesario proporcionar al usuario apoyo profesional continuado.
- Limitaciones tales como los déficit cognitivos, las dificultades psicomotoras y de autonomía, dificultan el acceso de las personas con enfermedad mental a una gran parte de las ofertas de empleo.
- Desde el punto de vista familiar, en la práctica totalidad de los casos es necesario realizar para cada familia un itinerario rehabilitador paralelo al del enfermo mental. Uno de los impedimentos a la inserción laboral de los enfermos mentales, son los reparos que la familia pone cuando tiene que renunciar a la pensión a cambio de un salario.
- Desde el punto de vista social es necesario incidir en la necesidad de modificar los patrones sociales con relación a la enfermedad mental. En algunas de las experiencias en empresa ordinaria, se han producido directa o indirectamente rechazos por la idea generalizada de enfermedad mental asociada a peligrosidad. Son necesarias más medidas sensibilizadoras e informativas.
- También son necesarios cambios en la legislación, las prestaciones sociales y las condiciones de las mismas.

Resultados del Proyecto.

El proceso de integración laboral culminó con la creación de un Centro Especial de Empleo que actualmente se denomina I.L.D.O. (Inserción Laboral de

Discapacitados de Orihuela). El Centro Especial de Empleo desarrolla actividades productivas de jardinería y floristería. En un principio se creó para dar salida laboral a personas con enfermedades mentales crónicas, pero las dificultades de los discapacitados psiquiátricos para mantener una estabilidad constante apoyó la decisión de ampliar esta empresa a otro tipo de discapacidades. Desde que finalizó el Proyecto hasta el momento actual, en algo más de un año de funcionamiento, I.L.D.O. ha contratado 12 personas con enfermedad mental y 10 con otro tipo de discapacidades. La experiencia nos ha mostrado la necesidad de un apoyo psicosocial constante como elemento indispensable para lograr el verdadero reto de la integración laboral, que es la estabilidad en el empleo. De las 12 personas que se han contratado 4 han dejado su puesto de trabajo por diversas circunstancias.

Por otro lado desde el Proyecto Primavera se promovió la integración laboral en empresas ordinarias. De cinco usuarios que hicieron prácticas en empresas ordinarias únicamente uno ha mantenido su empleo en la empresa donde comenzó, dos más tienen trabajo en otras empresas, los dos restantes no mantienen situación laboral en activo.

Además de las inserciones laborales la gran mayoría de los usuarios y sus familias manifestaron haber mejorado su calidad de vida. Algunos están trabajando y ayudando en negocios familiares, otros retomaron sus estudios, pero en casi todos los casos percibieron muy positivo el recurso como punto de referencia de apoyo psicosocial. La experiencia del Proyecto generó la necesidad de continuar con un recurso de Rehabilitación Psicosocial que hasta la puesta en marcha del mismo no existía en nuestra comarca.

Desde enero de 2001 está funcionando el Centro de Rehabilitación e Integración Social para enfermos mentales crónicos de Orihuela (C.R.I.S.), la entidad gestora es el Ayuntamiento de Orihuela y está acreditado y financiado por la Consellería de Bienestar Social de acuerdo a la normativa de la Comunidad Valenciana.

Centro de Rehabilitación e Integración Social de Orihuela. Expectativas laborales de sus usuarios.

El C.R.I.S. de Orihuela es un Centro de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental crónica. De los 75 usuarios que hay en la actualidad tan sólo 23 no quieren trabajar o no han expresado

su deseo de hacerlo. Son 52 las personas que incluyen en sus expectativas el poder tener algún día una actividad laboral, lo que supone un 75% de la muestra. Cabe señalar que independientemente de las críticas hacia algunos recursos y modelos de empleo protegido y empleo con apoyo, de aquellos enfermos que les gustaría trabajar, únicamente contemplan el empleo ordinario sin apoyo dentro de sus objetivos 14 personas (27%), es decir, un 73% quieren trabajar pero dentro de una empresa de empleo protegido o en empresa ordinaria con apoyo.

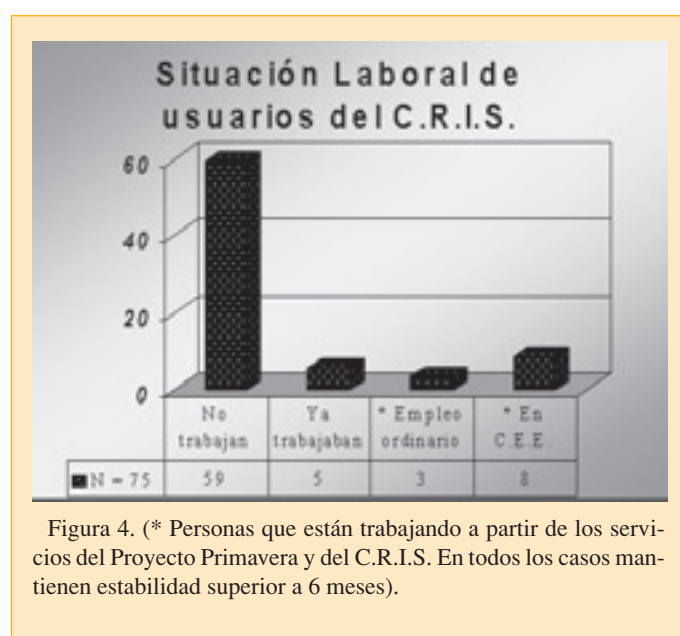


Figura 4. (* Personas que están trabajando a partir de los servicios del Proyecto Primavera y del C.R.I.S. En todos los casos mantienen estabilidad superior a 6 meses).

De los 75 usuarios han tenido algún contacto con el mundo laboral 41 (55%), únicamente son 5 personas las que han mantenido a lo largo de los años una actividad laboral de manera normalizada y con una relativa estabilidad. El resto son personas que llevan años sin trabajar y aquellos que se han incorporado al mercado de trabajo lo han hecho a partir de la preparación previa tanto en el Proyecto Primavera como en los servicios de rehabilitación del C.R.I.S.

En estos momentos la situación laboral de los usuarios del C.R.I.S. es la siguiente:

Si tenemos en cuenta que los que ya trabajaban solicitan apoyo psicosocial para mantener su estabilidad da la impresión de que para la gran mayoría el acceso al mundo laboral y el mantenimiento en el mismo es una tarea para la que prefieren tener algún grado de protección social. Esta valoración no debe hacerse extensible a la población general de enfermos mentales, ya que son muchos los que funcionan autónoma-

mente en la comunidad y no requieren de ningún tipo de apoyo, pero sí que ha de tenerse en cuenta para el tipo de usuario de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, generalmente personas con niveles insuficientes de autonomía, con una historia personal que les ha frustrado sus expectativas laborales, pero que a pesar de todo desean trabajar, personas para las que el empleo normalizado y sin apoyo es una apuesta muy arriesgada que perciben como algo prácticamente inalcanzable.

Conclusión.

Principios de actuación y reflexiones.

El enfermo mental crónico, precisa de un apoyo global y continuado, en la mayoría de los casos durante toda su vida. La creación de recursos de rehabilitación para la integración socio-laboral, que llevan a cabo un abordaje limitado no teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad mental y sin coordinarse con otros servicios, no deja de ser una intervención incompleta, que podrá paliar el problema pero que no lo abordará con la visión integral que se merece, corriendo el riesgo de fracasar en sus objetivos o convertirse en “recursos estanco”. Es por ello que los servicios destinados a la intervención psico-socio-laboral de personas con enfermedad mental deberán cubrir las necesidades de esta población, posibilitando a los usuarios la utilización de servicios y recursos en función de sus necesidades, intereses y estado psicopatológico. Estos servicios deberán tener la suficiente flexibilidad y coordinación para posibilitar el acceso de los beneficiarios de manera ágil y dinámica. La continuidad en la prestación de servicios, la integridad en cuanto al objeto de actuación, el ámbito comunitario como contexto donde desarrollar preferentemente las acciones, la individualidad como metodología desde los profesionales hacia los usuarios, adaptando las actuaciones a los mismos, la innovación siempre siguiendo criterios profesionales y técnicos contrastados, el trabajo multidisciplinar coordinado para poder acercarnos al verdadero abordaje multiaxial y la evaluación siguiendo técnicas y métodos científicos para contribuir entre todos al conocimiento del campo que nos ocupa, son algunos de los principios a tener en cuenta por los profesionales en nuestro trabajo cotidiano para la integración de las personas con enfermedad mental en su medio, que es el de todos, la sociedad.

Cuando hablamos de individualización solemos referirnos a la intervención adaptada a las capacidades y déficits de la persona en pro de sus objetivos personales de rehabilitación, pero en ocasiones éste es un trabajo difícil al encontrarnos con psicopatologías de grupos diagnósticos distintos que tienen en común la denominación de enfermedad mental. La experiencia empírica demuestra la efectividad de los actuales modelos de intervención psicosocial, pero ésta no es válida para todo tipo de trastornos psiquiátricos graves, más bien la validez suele referirse a los trastornos psicóticos, cuando en los centros de rehabilitación psicosocial suelen incluirse otro tipo de patologías como los trastornos de personalidad o trastornos afectivos graves, enfermedades mentales que generan similar impacto sobre el funcionamiento social y laboral de las personas, pero que requieren de actuaciones distintas a las realizadas con la población esquizofrénica. Un ejemplo es el programa DART en EE.UU, para la evaluación de problemas del trabajo en sujetos con depresión, el cual desveló las problemáticas de funcionamiento laboral de otros grupos psiquiátricos fuera de los trastornos psicóticos. En este sentido, si realmente queremos trabajar individualizadamente un cambio a conseguir es la creación de recursos integrales específicos para los distintos grandes grupos diagnósticos. En el caso de los trastornos de personalidad son necesarios recursos innovadores que proporcionen intervenciones específicas a varios niveles, en la línea de aplicación de nuevas terapias rehabilitadoras con un carácter más clínico que vuelca la competencia de la rehabilitación más hacia un enfoque sanitario con programas específicos de inserción laboral desde un prisma más comunitario.

Por otro lado decir que, tanto desde nuestra experiencia como desde la de otros Centros de Rehabilitación (Proyecto Risem, 1997; Hervas, et al., 1997) se aprecia un porcentaje de mujeres muy inferior al de hombres, lo que no se corresponde con los datos reales de prevalencia de las enfermedades mentales (APA, 1995). Si integrarse es participar de la sociedad como un individuo de pleno derecho, y puesto que hoy en día el trabajo es un elemento que está en la base del bienestar y la realización personal de gran parte de la población, posiblemente sean necesarias medidas encaminadas a conseguir la mayor implicación de las mujeres con enfermedad mental en programas de integra-

ción socio-laboral. Existen elementos que indican el menor beneficio psicológico del empleo en las mujeres, ya que supuestamente tienen más satisfechas sus necesidades psicológicas y sociales en el entorno familiar (Warr y Parry, 1982). La maternidad, el rol de ama de casa y las expectativas sociales de la mujer pueden ser aspectos favorables en la rehabilitación psiquiátrica, sin embargo los cambios sociales y el lugar que el empleo va adquiriendo en el sistema de valores, nos invita a reflexionar sobre esta situación de la que no hay tan apenas estudios.

El presente de la rehabilitación psicosocial y laboral de enfermos mentales es esperanzador, pero todavía falta mucho por hacer. La rehabilitación laboral es un campo que ha partido de modelos para otro tipo de discapacidades, el tiempo y la experiencia ha demostrado que no son siempre extrapolables por las especiales dificultades de esta población, sobre todo en lo referente a la estabilidad en el empleo y en esa línea debemos trabajar los profesionales. Son necesarias más investigaciones, la apuesta por nuevas experiencias y recursos que demuestren de manera fiable cuáles son los factores implicados en el éxito y el fracaso de las experiencias de inserción laboral. El acceso al empleo de las personas con enfermedad mental es un derecho que debemos ayudarles a conseguir, pero los soportes técnicos y sociales aún son limitados.

Bibliografía.

- Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. (2001). *Examen a la Rehabilitación Laboral*. Boletín A.M.R.P. Nº 13 año 8.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM – IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Birchwood, M. y Tarrier N. (1995). *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Ariel S.A.
- Botella Arbola, C. (1986). *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Ed. Promolibro.
- Buela-Casal, G., Fernández Ríos, L. y Carrasco Giménez, T. J. (1997). *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Consellería de Sanitat i Consum. (1992). *Plan de Salud Mental para la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana.
- Farkas, M. (1996): Avances en Rehabilitación Psiquiátrica: una perspectiva norteamericana en Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (1996): *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- FEAFES. *Revista de la Confederación Española de Familiares y Enfermos Mentales*. Nº 2 octubre de 2001.
- Fernández Montalvo, J. y Garrido Landívar, E. (1999): *Psicopatología Laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Universidad Pública de Navarra.
- Hervás de la Torre, A., Cuevas, C., Perona, S. y otros (1997): Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del área sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla. En *Información Psicosocial 1997*, Vol. 6, Nº 3 - Pags, 393- 409.
- Ibáñez, A. (1999). *Genética de la esquizofrenia*. En Sáiz J. *Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social*, 59-81. Barcelona: Masson.
- Lieberman, R.P. (1993): *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- RISEM (1997). *La rehabilitación laboral de las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II)*. Gran Canaria: Proyecto RISEM.
- Rodríguez, A. (1997): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Pirámide.
- Warr, P. y Parry, G. (1982): Paid employment and women's psychological well-being. *Psychological Bulletin*, 91, 498-516.
- Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1990): *Rehabilitación psiquiátrica: teoría y práctica*. México: Limusa.
- Richard C Mc Millan. Responsibility to or for in the physician- patient relationship? *Journal of medical ethics*. 1995; 21: 112-115.