



Universidad
Zaragoza

**Rehabilitación en la
comunidad de personas con
trastorno mental grave (TMG).
La recuperación a través de su
inclusión. Estudio de caso.**

2015

Tesis Doctoral realizada por
Jesús Manuel Tricas Oliván

Directora
Dra. María Victoria Sanagustín Fons

Departamento de Psicología y Sociología
Universidad de Zaragoza

AGRADECIMIENTOS

No quisiera desaprovechar esta ocasión para mencionar a todos aquellos que de diversas maneras han contribuido a la realización de este trabajo.

En primer lugar agradecer a la Directora de esta tesis, María Victoria Sanagustín Fons, toda la paciencia, el cariño y empeño que ha tenido conmigo en su labor como guía de este proyecto. Para mí ha sido una gran suerte trabajar con una persona que aún a un nivel académico tan notable con una calidad humana tan excelente.

Asimismo debo dejar patente mi gratitud al Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza y a todos los profesores que en los cursos de doctorado y otros proyectos me han permitido aprender y practicar las técnicas de investigación necesarias para llevar a cabo este estudio.

También me gustaría expresar mi agradecimiento a todas las personas que han formado y forman parte de Arcadia y la Fundación Agustín Serrate. Son un ejemplo a seguir por el modelo de atención que con su voluntad y profesionalidad han construido, y que supone una solución de calidad y humana para uno de los colectivos más desfavorecidos de nuestra sociedad.

No puedo olvidar tampoco a todas las personas que han contestado a las encuestas y mucho menos a las tres que accedieron a ser entrevistadas, ya que sin su ayuda no habría sido posible profundizar en la realidad social que rodea al objeto de este estudio.

Igualmente quiero agradecer el apoyo de toda mi familia, con un recuerdo especial para los que ya no están entre nosotros y particularmente para mi padre, a quien tanto le debo en todos los sentidos y al que añoro especialmente en este momento. Tanto a él como a mi madre y mi hermano debo agradecerles su fe en mí, su apoyo y el ánimo permanente que me han brindado.

Y a Tati, Jesús y Carla, que me han acompañado y apoyado en todo momento, además de agradecerles que me hagan feliz cada día, debo pedirles disculpas por todas las horas de ausencia que han sido necesarias para finalizar esta tesis y que tan comprensivamente han sabido perdonar desde el cariño.

Rehabilitación en la comunidad de personas con trastorno mental grave (TMG). La recuperación a través de su inclusión. Estudio de caso.



**Universidad
Zaragoza**

Programa de Doctorado en: Sociología de las Políticas Públicas y Sociales

Departamento de Psicología y Sociología

Universidad de Zaragoza

Doctorando: Jesús Manuel Tricas Oliván

Directora: María Victoria Sanagustín Fons

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2.- OBJETIVOS | 3 |
| 3.- METODOLOGÍA..... | 9 |
| 3.1.- FASE I. Planificación. | 12 |
| 3.2.- FASE II. Estado de la cuestión y construcción del marco teórico..... | 13 |
| 3.3.- FASE III. Recogida de datos | 14 |
| 3.4.- FASE IV.- Análisis de datos..... | 17 |
| 3.5.- FASE V.-Elaboración de conclusiones..... | 19 |
| 4.-ALGUNOS CONCEPTOS EN TORNO A LA ENFERMEDAD MENTAL.... | 21 |
| 4.1.- Conceptos generales..... | 23 |
| 4.2.-Trastornos mentales objeto de estudio..... | 25 |
| 5.- LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA | 31 |
| 5.1.- Los inicios de la psiquiatría en España..... | 33 |
| 5.2.- El siglo XIX y el nacimiento del manicomio..... | 35 |
| 5.3.- La “ergoterapia” como antecesora de la terapia ocupacional..... | 41 |
| 5.4.- El siglo XX. Del manicomio a la comunidad..... | 43 |
| 5.5.- La psiquiatría comunitaria..... | 46 |
| 6.- LA REALIDAD DE LAS PERSONAS CON TMG EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN..... | 53 |
| 6.1.- Tres Historias de superación..... | 55 |
| 6.1.1.- Historia 1: “Quien la sigue la consigue” | 55 |
| 6.1.2.- Historia 2: “Ponerse por encima de las dificultades” | 62 |
| 6.1.3.- Historia 3 “ <i>Voy a superarme a mí mismo</i> ” | 69 |
| 6.2.-Diferencias y similitudes en los discursos..... | 74 |

| | |
|---|------------|
| 6.2.1.- El valor de los apoyos. | 75 |
| 6.2.2.- Motivación para la superación | 78 |
| 6.2.3.- La estabilidad antes del cambio | 79 |
| 6.2.4.- El riesgo de estancarse | 81 |
| 7.- IMAGEN SOCIAL DEL TMG EN LA SOCIEDAD. | 83 |
| 7.1.- Caracterización de la enfermedad mental | 87 |
| 7.1.1.- Sufrimiento..... | 88 |
| 7.1.2.- Incapacidad..... | 89 |
| 7.1.3.- Inadaptación. | 91 |
| 7.1.4.- Soledad..... | 92 |
| 7.1.5.- Peligrosidad..... | 93 |
| 7.1.6.- Superable/Irreversible | 94 |
| 7.2.- Tolerancia frente al TMG. | 96 |
| 7.2.1.- Tolerancia en la cercanía..... | 98 |
| 8.- EL PROGRAMA INTEGRAL COMUNITARIO DE LA FUNDACIÓN AGUSTIN SERRATE, “ARCADIA”..... | 103 |
| 8.1.- Organigrama y recursos humanos..... | 105 |
| 8.2.- Gestión por procesos..... | 109 |
| 8.3.- Recursos materiales | 111 |
| 8.4.- Financiación..... | 114 |
| 8.5.- Acceso al programa..... | 114 |
| 8.6.- Seguimiento | 115 |
| 8.7.- Actividades desarrolladas | 116 |
| 8.7.1.- El Programa Laboral | 116 |

| | |
|--|------------|
| 8.7.2.- El Programa Socio-Asistencial y el Centro de Día | 124 |
| 8.7.3.- El Programa Residencial | 127 |
| 8.8.- Coordinación con otras entidades y dispositivos | 128 |
| 8.9.- La socialización | 132 |
| 8.10.- Actividades de ocio..... | 134 |
| 8.11.- Desarrollo de la autonomía | 135 |
| 8.12.- Aspectos a trabajar | 136 |
| 8.13.- Evaluación y atención continua | 138 |
| 8.14.- Sistema de gestión basado en la EFQM..... | 139 |
| 8.15.- Analisis organizacional..... | 141 |
| 9.- CONCLUSIONES. | 153 |
| 10.- PROPUESTAS DESDE LA INVESTIGACIÓN..... | 163 |
| 10.1.- Flexibilidad | 166 |
| 10.2.- Estructura del itinerario recuperador | 167 |
| 10.3.- Implicaciones para los profesionales | 178 |
| 10.3.- Otras Recomendaciones..... | 180 |
| 10.3.1.- Fomentar en la organización la cultura de la recuperación potenciando el empoderamiento | 180 |
| 10.3.2.- Promover alianzas con la Universidad, la Administración y las Asociaciones Empresariales..... | 183 |
| 11.- BIBLIOGRAFÍA | 187 |
| 12.- ANEXOS..... | 195 |
| ANEXO I: Organigrama y Mapa de Procesos F.A.S. | 197 |
| ANEXO II: Fuentes de Financiación F.A.S. | 198 |
| ANEXO III: Retorno Social Actividades F.A.S. | 199 |
| ANEXO IV: Resultados F.A.S..... | 201 |

| | |
|---|-----|
| ANEXO V: Formulario Access para encuestas. | 206 |
| ANEXO VI: Encuesta Imagen Social TMG | 207 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 - Diseño multimétodo de la investigación | 11 |
| Gráfico 2 – Historia 1 | 60 |
| Gráfico 3 – Historia 2 | 66 |
| Gráfico 4 – Historia 3 | 73 |
| Gráfico 5 – Apoyos a la recuperación | 77 |
| Gráfico 6 – Frenos y obstáculos para la recuperación | 81 |
| Gráfico 7: Conoce persona con TMG/Grupos de edad | 86 |
| Gráfico 8: Concepto social por grupos de edad | 87 |
| Gráfico 9: Concepto social por sexos | 88 |
| Gráfico 10: Sufrimiento/Grupos de edad | 89 |
| Gráfico 11: Incapacidad/Grupos de edad | 90 |
| Gráfico 12: Inadaptación/Grupos de edad | 91 |
| Gráfico 13: Soledad/Grupos de edad | 93 |
| Gráfico 14: Peligrosidad/Grupos de edad | 94 |
| Gráfico 15: Superable/Irreversible/Grupos de edad | 96 |
| Gráfico 16: Tolerancia frente al TMG/Grupos de edad | 97 |
| Gráfico 17: Tolerancia frente al TMG/Sexo | 98 |
| Gráfico 18: ¿Contrarias/Alquilarías?/Grupos de edad | 99 |
| Gráfico 19: ¿Contrarias/Alquilarías?/Sexo | 100 |
| Gráfico 20: Tolerancia cercanía | 100 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 21 - Organigrama de la Fundación Agustín Serrate | 106 |
| Gráfico 22 – El programa integral comunitario..... | 110 |
| Gráfico 23 – Talleres del programa laboral | 118 |
| Gráfico 24 – Coordinación y alcance comunitario de la F.A.S..... | 129 |
| Gráfico 25 – Sistema organizacional..... | 148 |
| Gráfico 26 – Los individuos en la organización..... | 151 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| Tabla 1.- Porcentaje de habitantes por rango de edad y sexo..... | 85 |
| Tabla 2.- Habitantes que suponen el 1%..... | 85 |
| Tabla 3.- Conoce persona con TMG/Grupos de edad..... | 86 |
| Tabla 4.- Sufrimiento/Grupos de edad..... | 88 |
| Tabla 5.- Incapacidad/Grupos de edad | 89 |
| Tabla 6.- Inadaptación/Grupos de edad..... | 91 |
| Tabla 7.- Soledad/Grupos de edad | 92 |
| Tabla 8.- Peligrosidad/Grupos de edad | 93 |
| Tabla 9.- Superable/Irreversible/Grupos de edad | 95 |
| Tabla 10.- Tolerancia frente al TMG/Grupos de edad | 96 |
| Tabla 11.- Tolerancia frente al TMG/Sexo | 97 |
| Tabla 12.-¿Contrarias/Alquilarías?/Grupos de edad | 99 |
| Tabla 13.-¿Contrarias/Alquilarías?/Sexo | 99 |
| Tabla 14.- Puertas de entrada al itinerario laboral | 170 |

1.- INTRODUCCIÓN

La elección del tema de esta tesis responde al objetivo de observar desde un punto de vista micro-sociológico la realidad que se esconde entre todas las ideas y mitos que envuelven tanto al concepto social de las enfermedades mentales como a las personas que las padecen.

El desconocimiento general sobre este tipo de enfermedad contrasta con el elevado índice de personas que en algún momento de su vida pueden padecer algún tipo de trastorno mental: La OMS calculó que el 25% de las personas padecen una enfermedad mental a lo largo de su vida, por otra parte, el Ministerio de Sanidad de nuestro país, en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del 2006, declaraba que el 9% de la población padecía una enfermedad mental y que el 19% de los españoles la padecerían, estimando además que la tendencia de estas cifras sería creciente en el futuro. Este contraste es uno de los más claros reflejos del estigma existente asociado a una enfermedad que tiene como primera dificultad, aún después de su diagnóstico, la aceptación de su propia existencia.

A través de la historia las personas con enfermedad mental grave han supuesto un problema de difícil solución con diferentes respuestas desde la sociedad que han ido evolucionando en paralelo al concepto mismo de la locura. Partiendo de una relación directa entre locura y endemoniamiento e incluso con la iluminación o el contacto divino en la que únicamente se podía mediar desde un enfoque espiritual, esta creencia no cambiaría hasta que se pasó a considerar a las personas como enfermas en el momento que intervinieron la medicina, la farmacología y las terapias sociales como nuevas responsables de su tratamiento.

En cualquier caso, independientemente de su causalidad, la solución más elegida ha sido el encierro o la separación del espacio ocupado por las personas consideradas “*normales*”, aunque también es cierto que en la evolución histórica del concepto de locura y su tratamiento se hayan dado momentos en que la respuesta de la sociedad ha girado hacia la inclusión social con una orientación más dirigida hacia la curación o rehabilitación.

En este trabajo se mostrarán los aspectos sociales negativos y positivos asociados actualmente a la enfermedad mental, buscando por un lado la posibilidad de encontrar programas de recuperación dirigidos a la integración real y demostrando por otro que todavía siguen activos algunos estereotipos negativos asociados a la enfermedad mental como parte del llamado estigma social que acompaña a la persona que la padece y que dificulta su inclusión social.

Esta investigación quiere además profundizar en los programas de integración socio-comunitaria de personas con trastorno mental grave. Para ello se analizará un programa con una evolución de 25 años que demuestra que una cierta recuperación es posible, que sirve de modelo de buenas prácticas y que se ha convertido en un referente a nivel nacional e internacional para otros programas con similares objetivos que buscan desarrollar modelos que respondan adecuadamente a las características específicas de un colectivo cuyas necesidades clínicas van en muchas ocasiones ligadas a necesidades sociales.

Estas necesidades sociales se ven evidenciadas en la sintomatología de este tipo de trastorno que puede presentarse en forma de aislamiento, dificultades para relacionarse con otros, dificultades para expresar sus sentimientos, dificultad para mantener conductas de orden y limpieza, etc. Al mismo tiempo podemos ver que las estrategias utilizadas en los programas de rehabilitación y recuperación son en muchos casos de corte social y van dirigidas a la adquisición de destrezas para relacionarse con otros y para integrarse en la sociedad en el ámbito laboral, residencial y del ocio entre otros.

Para intentar cumplir los objetivos de esta tesis se partirá de un análisis teórico e histórico de la enfermedad mental y la respuesta que han recibido desde la sociedad las personas que la padecen en diferentes momentos de la historia. Además se dividirá en varios apartados que respondan a sus objetivos secundarios:

- En primer lugar se profundizará en las necesidades y expectativas de las personas con trastorno mental grave que abordan procesos de rehabilitación, para lo cual se analizarán los discursos de tres personas que accedieron a colaborar con la investigación compartiendo a través de entrevistas su experiencia como protagonistas en primera persona de distintos procesos de rehabilitación con final exitoso. Asimismo se aprovechará el análisis de las

experiencias de estas personas para detectar los mediadores sociales más relevantes en este tipo de procesos.

- En segundo lugar se analizará el entorno social actual y el concepto compartido en torno a la enfermedad mental, todo ello desde un análisis exhaustivo de las encuestas elaboradas para tal fin que permita constatar si todavía está vigente el llamado estigma social.
- Y en tercer lugar se analizará el programa integral comunitario de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental grave de Huesca a través del estudio de caso de Arcadía y la Fundación Agustín Serrate.

Tras el desarrollo de estos tres niveles o apartados la investigación culminará con un apartado de conclusiones, a partir del cual se elaboraran una serie de propuestas de mejora desde la perspectiva de la sociología de las organizaciones que permitan aportar mejoras concretas a los actuales programas comunitarios de rehabilitación psicosocial.

2.- OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es analizar la situación actual que rodea a las personas con TMG que abordan un proceso de rehabilitación orientado a culminar con su recuperación. Este objetivo se subdivide a su vez en los siguientes cinco objetivos específicos:

1. Conocer la realidad social de varias personas con TMG que hayan pasado por los dispositivos de rehabilitación del actual modelo público integral comunitario de la provincia de Huesca.
2. Identificar los mediadores sociales que acompañan a la persona enferma en su proceso de rehabilitación y su importancia en el mismo.
3. Analizar la vigencia del estigma en la imagen social de la enfermedad mental, tomando como población de referencia una muestra de personas de la ciudad de Huesca.
4. Analizar el actual modelo de atención comunitaria de la ciudad de Huesca a través del análisis organizacional de la Fundación Agustín Serrate.
5. Proponer protocolos de actuación que puedan mejorar el actual modelo de atención comunitaria.

El marco teórico de la tesis doctoral se plantea desde dos perspectivas principales; en primer lugar se realiza un acercamiento histórico y psicosociológico a la enfermedad mental, su tratamiento y la visión social de la misma en la historia reciente de España y más concretamente en la ciudad de Huesca, que en los últimos años ha desarrollado un programa de corte inclusivo para personas con enfermedad mental que sirve de referente nacional e internacional. En segundo lugar, se toma como referencia el marco teórico de la sociología de las organizaciones, para analizar la Fundación Agustín Serrate a través de sus programas de rehabilitación, desarrollados específicamente para personas con diferentes trastornos y enfermedades mentales.

Partiendo de los objetivos descritos y el marco teórico, se plantean tres hipótesis de partida:

1. Que los programas inclusivos de rehabilitación comunitaria suponen una posibilidad real para la recuperación de personas con TMG.

2. Que el éxito de un proceso de recuperación depende en gran medida de los mediadores sociales, especialmente la familia.
3. Que existen dos importantes problemas vigentes en nuestra sociedad y asociados al concepto compartido de enfermedad mental que dificultan la recuperación:
 - a. La imagen social del enfermo mental sigue estando asociada a estereotipos negativos como la peligrosidad. Lo que constituye el llamado estigma social y dificulta en gran medida la integración social y laboral de estas personas.
 - b. La actitud de paternalismo de algunos familiares, profesionales y el estado mismo provocan en algunas ocasiones situaciones asistencialistas y de acomodo que dificultan los procesos de recuperación y afianzan el rol de enfermo en las personas aquejadas por estos problemas.

Partiendo de los objetivos expuestos en este apartado se desarrollará esta tesis, y a través de las diferentes técnicas de investigación social elegidas irá dando cumplimiento a los mismos e intentará validar científicamente los enunciados de sus hipótesis.

3.- METODOLOGÍA

La compleja realidad social que rodea el objeto de este estudio llevó a elegir para cumplir con todos sus objetivos varias técnicas o métodos de investigación social que permitieran tener tanto un mapa general de los programas y la realidad social existente como una visión detallada y profunda de las vivencias personales de los individuos afectados. Cinco son los motivos que Greene y McClintock. diferenciaron para llevar a cabo un diseño multimétodo en una investigación (Bericat, 1998) y que respaldan la elección de esta metodología: triangulación, para buscar la correspondencia entre resultados obtenidos a través de distintos métodos; complementariedad, ya que nos permite observar diferentes facetas de un mismo fenómeno; desarrollo, ya que un método puede mejorar o informar al otro de modo que sea más efectivo; iniciación, permite profundizar en las interpretaciones analizando las cosas a través de distintos métodos; y expansión, extender el alcance de un estudio al aplicar distintos métodos a los distintos componentes de la investigación.



Gráfico 1 : Diseño multimétodo de la investigación. Fuente: Elaboración propia

Por ello se decidió llevar a cabo esta investigación combinando por un lado métodos cuantitativos como las encuestas que permiten contar con datos estadísticos de cara a la interpretación y comparación numérica, y por otro lado, junto a estos, métodos

cualitativos, como las entrevistas en profundidad, que permiten profundizar en la complejidad del objeto de estudio.

De este modo, una vez seleccionada la opción del diseño multimétodo para la recogida de información y datos, el desarrollo metodológico de esta investigación quedó dividido en cuatro fases:

FASE I.- Planificación de la investigación. En esta fase se concreta qué se quiere lograr

FASE II.- Estado de la cuestión y construcción del marco teórico. Esta fase está destinada a analizar el estado actual de la cuestión (estudio de caso de la Fundación Agustín Serrate y su modelo integral comunitario de rehabilitación para personas con TMG) y a llevar a cabo el análisis documental para la creación del marco teórico.

FASE III.- Recogida de datos. Consiste en realizar las entrevistas en profundidad dirigidas a elaborar las historias de vida y en diseñar y pasar las encuestas dirigidas a construir la imagen social de las personas con trastorno mental grave.

FASE IV.-Análisis de los datos obtenidos en la fase III.

FASE V.-Elaboración de conclusiones.

3.1.- FASE I. PLANIFICACIÓN.

Como primer paso se plantearon los objetivos de la investigación y se planificó el tipo y cantidad de información que se necesitaría para poder cubrirlos, así como el modo de conseguirla. Asimismo, para evitar fallos en el posterior proceso de análisis de la información, hubo un proceso de reflexión sobre el modo en que iba a tratarse la misma.

El enfoque cualitativo y cuantitativo utilizado en esta investigación hizo necesario plantear qué ítems y modelo de encuesta se necesitaría y que información debían contener los guiones para las entrevistas en profundidad de tal modo que sirvieran para recopilar la información requerida para el cumplimiento de los objetivos. Las encuestas, que se elaborarían en la siguiente fase deberían contener entre sus tópicos tanto los mitos asociados a la enfermedad mental según estudios previos sobre el *estigma* como los aspectos sociales fundamentales y de mayor dificultad para la recuperación de las personas con TMG (relaciones sociales, vivienda y empleo).

Por otra parte, se concretó que las encuestas estarían dirigidas a una muestra representativa de personas de la ciudad de Huesca, por ser el lugar donde se desarrolla la actividad de la Fundación Agustín Serrate, entidad seleccionada para realizar el estudio de caso, y comprendida entre los 20 y 70 años, por ser un rango de edad inmerso de lleno o muy cercano a la realidad laboral (parte esencial en el enfoque integral de recuperación).

Para el apartado del estudio diseñado con el objetivo de recoger las necesidades y expectativas de los usuarios de estos programas, se apostó por la técnica cualitativa de entrevistas en profundidad, y tras una búsqueda intensiva de voluntarios que quisieran colaborar aportando sus experiencias personales a la investigación, se consiguió entrevistar a tres personas con trastorno mental grave, con realidades sociales bien diferenciadas, y que compartían haber conseguido acceder al empleo tras pasar por los programas de la Fundación Agustín Serrate siguiendo tres itinerarios muy diferentes.

Cabe resaltar la gran dificultad para encontrar personas dispuestas a colaborar en este tipo de investigaciones, lo que supone una prueba más de la dificultad que supone la aceptación de la enfermedad mental y más todavía el respeto que causa a quien la sufre hacer pública su condición de persona con enfermedad mental, aun cuando se garantizó desde un primer momento el total respeto al anonimato, sin lo cual probablemente no habría sido posible utilizar esta técnica como método de recogida de datos para el cumplimiento de los objetivos.

3.2.- FASE II. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

En esta segunda fase del estudio, que como su nombre indica está destinada a evaluar el estado actual de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con TMG, más concretamente en la ciudad de Huesca, y construir un marco teórico en torno a la enfermedad, los procesos de rehabilitación y cómo éstos se organizan, se utilizaron como técnicas de investigación la observación de documentos escritos, el estudio de caso y la observación directa.

Antes de la selección y observación de documentos escritos y de estudios previos relevantes para nuestra investigación, como parte de la búsqueda documental, se valoró

la fiabilidad de los mismos atendiendo a las fuentes, sus posibles alteraciones, la competencia y conocimiento de los autores, el marco teórico en que se desarrollan, la coyuntura política en que se habían confeccionado y la finalidad con que fueron escritos (Bravo, 1991).

Para la construcción del marco teórico se utilizaron fuentes históricas que permitieron construir el desarrollo del concepto social de enfermedad mental y la evolución de las respuestas que la sociedad, a través de la historia, ha dado a la problemática que afecta a las personas que padecen este tipo de problema; fuentes técnicas relativas a la rehabilitación y recuperación de personas con enfermedad mental grave; y fuentes relativas a la sociología de las organizaciones para poder profundizar en el funcionamiento de los programas de rehabilitación en la comunidad y proponer cambios a las organizaciones que los gestionan.

En el estudio de caso, elegido para analizar el funcionamiento y resultados de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental grave se utilizó como modelo el programa integral comunitario de la Fundación Agustín Serrate en Huesca, por ser éste un programa reconocido profesionalmente a nivel nacional e internacional por su modelo inclusivo comunitario y por ser esta organización el eje comunitario y laboral de los programas de salud mental en Huesca.

Por último, se utilizó la técnica de observación directa, ya que la actividad profesional durante 8 años dentro de la Fundación Agustín Serrate ha permitido observar sus programas de rehabilitación de cerca. Por un lado mediante el trato directo con los usuarios que ha supuesto la actividad profesional como monitor-educador en diferentes talleres y por otro a nivel de organización como componente del comité de calidad desde su creación, como partícipe en los procesos de evaluación y mejora de la organización conducentes a la obtención de sellos EFQM y como coordinador actualmente de la parte laboral del programa integral comunitario.

3.3.- FASE III. RECOGIDA DE DATOS

Como se adelantaba en la fase de planificación, para la parte cualitativa dirigida a recoger información sobre los usuarios de los programas objeto de estudio se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad con las tres personas con trastorno mental grave

que decidieron colaborar con esta investigación y que han permitido profundizar en las vivencias y trayectoria de cada uno de ellos. Obteniendo una anamnesis completa que incluye diversas etapas trascendentes en la historia personal de cada uno de ellos, desde que la persona es diagnosticada hasta que consigue un trabajo pasando por los dispositivos públicos de atención a las personas con TMG. Teniendo en cuenta el estado de la cuestión relacionado con el trastorno mental grave, así como las apuestas rehabilitadoras y de recuperación que existen en la actualidad, se escogieron tres personas que representan en sí mismas un amplio abanico de la población afectada por este tipo de trastornos.

Así, las tres personas seleccionadas lo fueron en función de sus diferencias en cuanto a la red social de apoyos con que cada una contaba, red que estaba muy relacionada con todo el proceso desde la declaración de su enfermedad hasta su recuperación. Así, en una de ellas se observa un apoyo familiar intenso durante todo el proceso, en otra el apoyo de la familia es menos evidente y sin embargo la institución adopta un rol más intenso y en la tercera y última persona se hace patente una carencia cuasi absoluta de apoyos familiares y básica y fundamentalmente la institución ha asumido el papel de mediador social más importante. Más adelante, se profundizará en el significado que se da en esta tesis al concepto de mediador social en la recuperación de personas con trastorno mental grave.

La técnica de la entrevista en profundidad consiste en llevar a cabo un proceso comunicativo por el cual el investigador extrae la información que se halla contenida en los acontecimientos vividos y representaciones del discurso de la persona entrevistada. Así la información recogida permite formar un conjunto de vivencias cuya importancia depende de la interpretación que de ellas hace el interpretado, ya que podemos observar tanto hechos objetivos como subjetivaciones representativas del grupo al que representa nuestro entrevistado.

Para llevar a cabo adecuadamente las entrevistas se puso especial atención en cumplir dos preceptos básicos:

- a) prestar atención a evitar crear barreras comunicativas entre entrevistador y entrevistado, los problemas más frecuentes a este respecto son los relacionados

con diferencias semánticas, barreras relacionadas con el clima psicológico y barreras relacionadas con el contexto;

- b) prestar atención a la comunicación no verbal para lograr tener una perspectiva totalizadora en la percepción de los intercambios personales, observando los diez tipos de código no verbal que identificó Argyle: contacto físico, proximidad, orientación, apariencia, inclinaciones y movimientos de cabeza, expresión facial, gestos, postura, contacto visual y aspectos no verbales de las palabras.(Sierra y De Galindo, 1998).

Esta metodología permitió construir a partir de las experiencias y vivencias de los sujetos entrevistados el mapa de recursos públicos y personales disponibles y el papel que pueden jugar en los diferentes procesos de rehabilitación que tienen como objeto conseguir la recuperación de las personas con TMG.

Para la recogida de los datos que se utilizarían para acotar el concepto social compartido alrededor de la enfermedad mental en la ciudad donde se centra esta tesis se utilizó la metodología de encuesta. El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado por rangos de edad, si bien se utilizó el muestreo intencional a la hora de abordar a los sujetos de la muestra. Primero, a través de la recogida de datos masiva a través de la red social Facebook y por otro selectiva y a pie de calle, intentando recoger el número mínimo planificado como muestra (al menos el 1% de las personas que según el censo de Huesca correspondían a cada rango de edad y sexo) segmentada por grupos de edad y sexo, que sirvieron para construir la imagen social de las personas con TMG en la ciudad de Huesca. Estos datos han permitido observar el grado de vigencia del estigma social que ha acompañado a la enfermedad mental a través de la historia y el nivel de tolerancia respecto a la misma.

La encuesta se dividió en 8 preguntas que, como se ha dicho anteriormente, pretendían ayudar a construir el concepto compartido en torno a la enfermedad mental observando si había diferencias relacionadas con la edad y el sexo.

La primera cuestión “¿Conoces a alguna persona con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar,...)?” cumplía la doble función de acotar, antes de seguir con el cuestionario a qué nos referimos con enfermedad mental, ya que hay una demostrada tendencia a confundirla con el retraso mental, y por otro observar si los

datos se correspondían con los altos índices de personas con enfermedad mental a los que se refieren organismos como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o la Organización Mundial de la Salud.

La segunda pregunta, permitía elegir entre los principales componentes asociados a la enfermedad mental, que se identificaron en una etapa previa en la que se llevó a cabo un sondeo aleatorio en la ciudad de Huesca, un análisis documental y una revisión de las principales páginas web destinadas a la lucha contra el estigma.

La tercera pregunta iba dirigida a detectar la posición de los grupos encuestados frente a la posibilidad de compartir el espacio, residencial o laboral, con una persona afectada por una enfermedad mental, la intención era recopilar información sobre el nivel real de tolerancia respecto al TMG en la cercanía.

La cuarta y la quinta intentaban medir la opinión ante la idea de que la enfermedad mental incapacita para el trabajo o la normal convivencia en la sociedad actual, y se combinaban con la sexta, que hacía alusión a la institución manicomial como posible solución ante las personas con este tipo de enfermedad y que nos podía dar pistas de manera indirecta sobre la aceptación de los programas inclusivos comunitarios.

La séptima y la octava iban más allá de la opinión sobre la enfermedad para buscar en la intención personal de ayudar y como elemento de contraste frente a las respuestas obtenidas en la anterior parte dedicada a la tolerancia.

Para la posterior explotación de los datos se diseñó una herramienta de Access que permitiera en primer lugar un registro rápido de los datos obtenidos en la encuesta y en segundo lugar la posibilidad de cruzar y procesar los datos obtenidos en las distintas preguntas para su posterior análisis

3.4.- FASE IV.- ANÁLISIS DE DATOS.

La combinación de métodos de recogida y análisis cuantitativos y cualitativos permitió observar la compleja realidad que rodea a nuestro objeto de estudio, que son al final los centros de rehabilitación psicosocial que desarrollan su labor de un modo inclusivo en la comunidad y todas las personas que conforman el entorno de los mismos y que han

influido, influyen y van a influir, en mayor o menor medida, en la recuperación de las personas con TMG.

En la interpretación y explotación de los datos obtenidos a través de las entrevistas se tuvieron en cuenta la subjetividad de las actitudes que mostraron los entrevistados hacia el hecho relevante para nuestra investigación. Más allá de los datos objetivos que se recogieron en las anécdotas y hechos concretos descritos en cada una de las tres historias, se buscó en la subjetividad narrativa de cada entrevistado para recopilar los elementos que conformaban su visión personal de la realidad y que podían reflejar de algún modo la idea colectiva que se buscaba en cada individuo (Delgado, 1999).

Se construyó así un discurso social grupal a partir de los discursos individuales de los tres actores que sirvieron como referencia de los diferentes caminos a seguir en los dispositivos existentes, dependiendo de los apoyos disponibles a nivel personal antes de llegar a conseguir un empleo que les ha permitido salir de los niveles de protección más intensos. Aunque siempre teniendo en cuenta la imposibilidad de generalizar este discurso por su carácter personal y cualitativo.

Las encuestas han supuesto una fuente de datos cuantitativos que han permitido relacionar datos comunes a los diferentes rangos de edad analizados, aunque aun así habrá de tenerse en cuenta a la hora de la generalización de los datos obtenidos que la muestra representativa que se analizó sólo permite hacerse una idea de las posibles opiniones del entorno sobre el tema objeto de estudio por la propia limitación de la misma (poco más del 1%).

La combinación de los datos obtenidos por medio de estas metodologías ha permitido recoger datos desde los que sentar unas conclusiones que cuando menos puedan servir como punto de partida o referencia para posteriores investigaciones o futuros contrastes de la evolución social de la concepción de la persona con enfermedad mental y su potencial para formar parte de la sociedad como componente normalizado y del entorno laboral protegido y no protegido como persona con capacidades productivas.

3.5.- FASE V.-ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES.

En esta última fase se ha hecho una reflexión final sobre el desarrollo y aportaciones de este proyecto y las conclusiones se han redactado de tal forma que permiten responder a los objetivos propuestos para la investigación desde los datos analizados.

Además han permitido identificar propuestas concretas de mejora para el actual sistema de atención a la salud mental de Huesca con una clara orientación hacia los principios de la recuperación.

Estas propuestas, que parten de los datos obtenidos en las anteriores etapas de la tesis, se han redactado con una base teórica sociológica de las organizaciones con vistas a poder ser aplicadas en la entidad que actualmente gestiona con eficacia reconocida los recursos públicos destinados a los programas de rehabilitación para personas con enfermedad mental en la comunidad.

4.-ALGUNOS CONCEPTOS EN TORNO A LA ENFERMEDAD MENTAL.

A continuación se introducen los conceptos de trastorno mental grave, rehabilitación y recuperación, que se han utilizado y se van a repetir constantemente en esta tesis por formar parte del discurso que acompaña al objeto de estudio de la misma, y van a permitir entender con más claridad el objeto de estudio de esta investigación. Se mostrará en este apartado una descripción de las principales características de los trastornos mentales que se atienden en los dispositivos analizados, que además de otros trastornos menos frecuentes son la esquizofrenia, la depresión grave, el trastorno de personalidad y el trastorno bipolar. Para ello tomaremos como referencia el manual de referencia de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en la versión revisada IV-TR (2002) y la clasificación CIE-10:CDI-10 (OMS, 1994) de Criterios Diagnósticos de Investigación. .

4.1.- CONCEPTOS GENERALES

Trastorno mental grave (TMG).

El término de trastorno mental grave es otra etapa de la evolución terminológica del concepto que se inició con el término locura y aunque no está exento de críticas por considerarse un tanto peyorativo, es el más utilizado actualmente en artículos y publicaciones. Si se toma como referencia la definición del NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos) de 1987 puede observarse que se centra principalmente en tres dimensiones:

1. Diagnóstico.- Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento un periodo de tiempo superior a dos años.
3. Discapacidad. Que en un principio se determinó por la presencia de tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH y posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global medida a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que mide el funcionamiento laboral, social y familiar. (Gisbert, 2003)

Rehabilitación.

Para la medicina, la rehabilitación es un proceso cuya finalidad es que el paciente recupere una función o una actividad que ha perdido por una enfermedad o por un traumatismo. Se trata de la atención sanitaria orientada a eliminar o reducir las secuelas de un trastorno que genera discapacidad o disfunción.

Desde el punto de vista que aquí nos ocupa, cuando se habla de rehabilitación de pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico se hace referencia a la rehabilitación psicosocial, concepto que parte de los años 70, cuando Anthoni (1979) identificó sus principios, desarrollados en torno a la mejora de unas capacidades o habilidades cuya pérdida o deterioro eran la causa de sus problemas a nivel psicosocial y en torno a la adaptación al entorno social y que se verá completado en su evolución por conceptos temporales, al considerarse un proceso, y comunitarios, al establecerse el objetivo de la recuperación en y para la comunidad de una manera autónoma. (Madrid, 2004)

La evolución del término desembocó en la definición que a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) dio Rodríguez en 1997, y que la describía como un proceso diseñado con la finalidad de ayudar a las personas con enfermedad mental grave a su integración en la comunidad por medio de la mejora de sus habilidades psicosociales como instrumento para la permanencia en su entorno con la mayor independencia y normalización posibles.

En 2002, en un artículo de Gisbert y otros publicado en el número 6 de los Cuadernos Técnicos de la AEN, se definía la rehabilitación psicosocial como la suma de las técnicas de intervención psicosocial y social que, junto a los tratamientos farmacológicos y de control sintomatológico, se utilizaban para mejorar las habilidades personales y sociales, la calidad de vida y la integración en la comunidad de la persona con enfermedad mental grave atendida.

Y ya en 2009, a través de la Guía Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG publicada por el Ministerio de Ciencia y Educación, se conceptualizaba la rehabilitación psicosocial en base a sus objetivos, que serían la mejora de la calidad de vida y la autonomía y alcanzar la capacidad para desarrollar una vida normalizada en su entorno habitual, lo cual conlleva la adquisición de habilidades personales, sociales y laborales, y la capacidad de jugar los distintos roles que la persona debe afrontar como actor social

activo. Al mismo tiempo también se concretaba tanto el ámbito de aplicación de las estrategias psicosociales, que debía ser comunitario, como el modo de desarrollar las estrategias, que debía ir orientado a ayudar y potenciar la autonomía de las personas atendidas desde su implicación.

Recuperación.

Este término, en el mundo de la psiquiatría, viene especialmente a poner en valor la capacidad de la persona con TMG para ser partícipe en las decisiones relativas a su proceso terapéutico. El enfoque recuperador pone más atención en las consecuencias sociales de la enfermedad que en sus síntomas o consecuencias físicas y tiene como directriz que el enfermo *recupere* el control de su vida y construya su propio proyecto vital, con sus metas y esperanzas, más allá de la enfermedad.

El concepto de recuperación o “*Recovery*”, en el que se profundizará más adelante, y que ha sido observado desde autores actuales como Larry Davidson, Marianne Farkas o William Anthony, y definido como proceso y como objetivo, hace referencia a un enfoque normalizador desde el inicio de cualquier plan de trabajo, ya que no trabaja desde la parte enferma de la persona (lo cual no implica que no se utilicen en los procesos de recuperación todas las herramientas diseñadas para la atención a personas con TMG, desde las farmacológicas y de control de síntomas hasta las psicosociales), sino desde la parte sana, desde lo que como persona tiene en común con los no enfermos, es decir, desde la particularidad de sus deseos y sus necesidades y hacia la globalidad que suponen todos los componentes de una vida social sana (vivienda, trabajo, ocio, relaciones, etc.)

4.2.-TRASTORNOS MENTALES OBJETO DE ESTUDIO.

De cara a concretar el tipo de trastornos que afectan a las personas que se atienden en los dispositivos objeto de estudio se señalan a continuación las características más definitorias de estos trastornos según los manuales de referencia más utilizados para su diagnóstico, que serían la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento elaborada por la OMS en 1994 con el título Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

(DSM), en su versión IV, editado en 1995 por la *American Psychiatric Association* (APA) y revisado en el 2002.

La esquizofrenia:

Recogida en el CIE-10 entre los trastornos mentales y del comportamiento junto al trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, se caracteriza en cuanto a su sintomatología por presentar distorsiones del pensamiento y percepción y afectividad inapropiada. Los fenómenos más frecuentes incluyen el eco, inserción, robo o difusión del pensamiento, las ideas delirantes y las voces alucinatorias

Distingue entre sus variantes la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depresión postesquizofrénica, residual, simple, otras esquizofrenias y sin especificación.

En la versión IV del DSM se la agrupa con otros trastornos psicóticos, y se les relaciona con las ideas delirantes, las alucinaciones y otros síntomas positivos como la desorganización del lenguaje y el comportamiento. Distingue entre esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme por la duración de los síntomas, en el primer caso más y en el segundo menos de seis meses. Y completa con trastornos esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico compartido, psicótico debido a enfermedad médica, psicótico inducido por sustancias y psicótico no especificado. Dentro de esta definición es interesante, por la repercusión que tiene para su tratamiento en los programas de rehabilitación psicosocial, la alteración en alguna/s de las principales áreas de actividad social como son las relaciones interpersonales, el trabajo o los estudios y el autocuidado.

La esquizofrenia también es dividida en los siguientes subtipos: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

Las principales diferencias respecto al CIE-10 son el mínimo temporal de persistencia de alguno de los síntomas, que en el CIE-10 era de un mes, y la presencia de alteraciones en la actividad de la persona afectada que introduce el DSM IV.

La depresión:

Trastorno recogido en el CIE-10 entre los trastornos del humor o afectivos como trastorno depresivo recurrente, junto al trastorno bipolar que se describirá a continuación en este mismo capítulo. Este trastorno supone la repetición de episodios depresivos, que se caracterizan por decaimiento del estado de ánimo y la energía, por alteraciones del sueño, la alimentación y la libido, pérdida del interés y la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa y baja autoestima. Puede presentar en su variante más grave alucinaciones, delirios, consecuencias negativas a nivel motriz y de coordinación y dificultades en sus relaciones sociales (síntoma compartido con la esquizofrenia y que se trabaja especialmente en la rehabilitación psicosocial), caso en el cual se corre riesgo de suicidio o daños graves por dejar de beber o comer.

El DSM VI la enmarca entre los trastornos del estado de ánimo, que como su propio nombre indica tienen como principal síntoma una disfunción significativa del humor. Su denominación sería trastornos depresivos, diferenciados al igual que en el CIE-10 de los episodios depresivos, y se dividirían en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Su diferencia más relevante a nivel de diagnóstico entre los dos manuales referenciados sería la consideración de cuándo dos episodios son aislados o únicamente separados, en el caso del CIE-10 serían aislados si ha pasado un mínimo de dos meses sin ninguna alteración del estado de ánimo y en el DSM VI si en el mismo tiempo no se han cumplido la totalidad de los síntomas.

El trastorno distímico sería aquel en que la persona afectada presentara un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día de casi todos los días durante más de dos años y que además de este estado de ánimo presenten dos de los siguientes síntomas: alteración del apetito, alteración del sueño, cansancio, baja autoestima, dificultad para concentrarse o decidir y desesperanza.

Por último dentro de los trastornos depresivos que marca el DSM VI estaría el trastorno depresivo no especificado, que haría referencia a otros trastornos depresivos entre los que estarían el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo breve recidivante, el trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, episodios depresivos mayores superpuestos a un trastorno delirante y otros casos.

El trastorno bipolar:

Este trastorno está relacionado en el CIE-10 con alteraciones significativas en el ánimo y los niveles de actividad que sitúan a la persona afectada en situaciones a veces maníacas, con un alto nivel de actividad y energía, y a veces depresivas, con la situación opuesta tanto en estado de ánimo como en actividad y energía. Incluye entre sus subtipos la enfermedad maniaco depresiva, la psicosis maniaco-depresiva y la reacción maniaco-depresiva.

La gravedad del mismo viene marcada por la rapidez en los cambios de un episodio a su opuesto y la prevalencia de éstos, por la presencia de síntomas psicóticos y por la gravedad de los episodios.

En el DSM IV también se incluye la ciclotimia y se diferencia entre dos tipos de trastorno bipolar. En cuanto a su sintomatología, el trastorno bipolar I responde a la presencia de uno o más episodios maníacos y episodios depresivos mayores, y es significativo señalar que no se tienen en cuenta para su diagnóstico los episodios inducidos por la toma de medicación o tóxicos y que no se considera un cambio de polaridad en los episodios el cambio de un episodio maníaco o mixto a un episodio hipomaniaco y viceversa. En el trastorno bipolar II la alternancia sería entre episodios depresivos mayores y episodios hipomaniacos.

En cuanto al trastorno ciclotímico sería aquel caracterizado por la alternancia entre episodios hipomaniacos y episodios depresivos , sin llegar a la gravedad ni de los episodios maníacos ni de los episodios depresivos mayores.

El trastorno de personalidad:

Según el CIE-10 son alteraciones significativas de la personalidad y el comportamiento causadas no por enfermedad o daño cerebral, sino más bien con situaciones de tensión subjetiva o problemas para la adaptación social, además quien la sufre no se comporta de acuerdo a las normas sociales de su cultura, tiene alteraciones en su afectividad, presenta alteraciones en la percepción de los actos y la imagen de sí mismo y de los demás, y su comportamiento produce malestar en él y su entorno provocando una desadaptación muy evidente.

El trastorno de la personalidad puede ser a su vez paranoide, esquizoide y disocial, entre otros. Presentando el primero una sensibilidad exagerada ante los contratiempos, dificultades para disculpar a los demás, suspicacia y distorsión negativa de las manifestaciones de los otros, además de una excesiva autoimportancia y autorreferencia.

El trastorno esquizoide de la personalidad por su parte se caracteriza por la frialdad emocional, la carencia de relaciones sociales, la fantasía, las actividades en solitario y la incapacidad para expresar sus emociones y el trastorno disocial de la personalidad por el abandono de las obligaciones sociales y la indiferencia ante el sufrimiento de los demás, combinado por una escaso aguante a la frustración y facilidad para descargar su agresividad incluyendo comportamientos violentos.

Otro de los subtipos de trastornos de personalidad más atendidos sería el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que destaca la impulsividad de quien la sufre y la dificultad para pensar en las consecuencias de sus actos antes de ejecutarlos. Esto supone una marcada tendencia a la ira y la violencia y una gran dificultad para relacionarse con los demás. Este tipo presenta a su vez dos subtipos; el impulsivo caracterizado por la inestabilidad emocional y el límite, que además presenta una distorsión de la imagen personal, sentimientos de vacío, relaciones intensas e inestables y tendencia a los comportamientos autodestructivos, incluidos los intentos de suicidio.

Nombraremos para completar lo recogido en el CIE-10 respecto a los trastornos de la personalidad el trastorno histriónico (egocentrismo, facilidad para sentirse herido y comportamiento manipulador), el anancástico (comportamiento dubitativo, perfeccionismo, preocupación excesiva por los detalles y comprobaciones, precaución, rigidez, comportamientos obsesivos y/ o compulsivos), el ansioso (tensión, temor, inseguridad y sentimientos de inferioridad), el dependiente (dependencia de otras personas para tomar decisiones, temor al abandono, sentimiento de impotencia e incapacidad, aceptación pasiva de lo que viene de los demás, ausencia de iniciativa) y otros.

El DSM IV por su parte divide en diez los trastornos de la personalidad, añadiendo a la lista de los identificados en el CIE -10 el trastorno esquizotípico y dando más importancia a algunos como el narcisista, recogido en el CIE-10 en el subapartado otros trastornos. Agrupados por nombre y principales características diferenciadoras son los

siguientes: trastorno paranoide de la personalidad (desconfianza, suspicacia, e interpretaciones negativas de los demás); trastorno esquizoide de la personalidad (ausencia de relaciones sociales y disfunción emocional); trastorno esquizotípico de la personalidad (profundo malestar en sus relaciones, distorsión cognoscitiva, y comportamientos excéntricos); trastorno antisocial de la personalidad (desprecio por los derechos de los demás); trastorno límite de la personalidad (inestabilidad relacional, distorsión en la autoimagen y los afectos, impulsividad); trastorno histriónico de la personalidad (emotividad y demanda de atención); trastorno narcisista de la personalidad (sensación de grandiosidad, necesidad de admiración y ausencia de empatía); trastorno de la personalidad por evitación (inhibición social, baja autoestima y sensibilidad ante la evaluación negativa); trastorno de la personalidad por dependencia (sumisión y necesidad de ser cuidado); trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (obsesión por el orden y el control, perfeccionismo); otros.

5.- LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA

Antes de parar a observar la realidad presente del entorno social que rodea a las personas que padecen trastornos mentales graves es necesario tener una perspectiva previa de la evolución histórica que ha experimentado tanto el concepto de enfermo mental como el tratamiento del mismo desde las instituciones jurídicas, sanitarias y sociales y cómo se ha ido elaborando una determinada imagen social de esta enfermedad. Por ello es necesario reflejar brevemente los cambios acontecidos al respecto mostrando los acontecimientos más trascendentales ocurridos en España y Europa desde finales del siglo XVIII hasta la actualidad. Los cambios ocurridos hasta la generalización de los manicomios, que se explicarán a continuación con más detalle, fueron resumidos muy gráficamente por Álvarez en una de sus obras: *“A la danza medieval de las brujas que finalizó con las hogueras, siguió la danza festiva de los vagabundos que culminó con su recogida general en hospitales, hospicios, manufacturas y otras instituciones, honra y gloria de las sociedades contemporáneas”* (1983, p 38).

5.1.- LOS INICIOS DE LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA

Esta explicación de la evolución social en torno a la locura parte del momento en que la medicina se hizo cargo de su cuidado y tratamiento. El desencadenante de este cambio fue un hecho concreto de la historia de España sucedido entre el 23 y el 26 de marzo de 1766 en la villa de Madrid que tuvo una gran trascendencia en el resto de España, ya que sirvió de ejemplo para otros puntos del reino y sirvió como detonante para el inicio de revueltas que traerían asociadas consecuencias políticas y cambios que influenciaron las políticas del Estado respecto a los colectivos más desfavorecidos, entre los que se encontraban las personas con enfermedad mental.

Este momento concreto de la historia española, que se conoce como Motín de Esquilache, tomó su nombre del Marqués de Esquilache, ministro de confianza de Carlos III, de procedencia italiana y que focalizó las protestas de los ciudadanos, aunque también se conoce como motín de las capas, ya que la prohibición de usar capas largas y sombreros de ala ancha por motivos de seguridad civil fue uno de los desencadenantes de esta revuelta.

En realidad, el levantamiento fue fruto de varios factores, pero especialmente del hambre provocada por las subidas en el precio de los alimentos, seguramente mucho

más que la prohibición del uso de capas largas, que fue más la excusa que la causa, ya que varios bandos y normas ya las prohibían anteriormente. El hecho en sí es que la propia seguridad del Rey se vio comprometida por este levantamiento y todos los que le sucedieron y como consecuencia de estas revueltas se forzó un cambio de gobierno que quedó patente en las destituciones, en la bajada del precio de los alimentos y en un mayor control estatal como respuesta a las revueltas.

El mayor protagonismo del Estado supuso para la iglesia la pérdida del control absoluto de las instituciones hospitalarias y tuvo como consecuencia el cambio de los clérigos por los médicos en la dirección y gestión de las mismas. Esto traería aparejado un cambio de enfoque dentro de las instituciones que evolucionaron de la caridad y la espiritualidad hacia la curación y la razón, y con ello dejaron de ser lugares para la preparación a la muerte y el encuentro con Dios para convertirse en centros médicos para la curación y la recuperación de los ciudadanos para la sociedad.

El inicio del control médico de la enfermedad mental en España se basó fundamentalmente en tres pilares a lo largo del siglo XIX; el primero fueron las nuevas leyes que otorgaron un mayor poder a los hospitales y que como consecuencia supusieron la exclusividad y el monopolio en las labores de la curación, lo que supuso el declive del apoyo y cuidado espiritual que hasta entonces ofrecieron las instituciones eclesiásticas y los remedios tradicionales y populares que proporcionaban los curanderos. El segundo fue la creación de un cuerpo de policía que tenía entre sus funciones vigilar y detener a aquellas personas que debían rehabilitarse para beneficio de la sociedad en estos hospitales, y el tercer y último pilar fue el pensamiento ilustrado, que a través de pensadores como Jovellanos dio soporte ideológico a la necesidad de acometer una especialización de los hospitales para tratar las diferentes patologías de una forma más racional.

La medicina moderna se instauró de este modo en España bajo la protección del Estado, que cubrió varios aspectos cruciales en relación a la cuestión relativa a la enfermedad en general: en primer lugar, permitió que los médicos se aprovecharan de una necesidad creada por los curanderos entre los ciudadanos y acabó con la competencia que éstos últimos suponían, al promulgar una ley de la exclusividad en la administración de los nuevos remedios a los médicos certificados por el Estado; en segundo lugar, el mismo nuevo concepto de hospital como espacio de curación hizo necesario y lógico que su

organización, control y administración quedara en manos de los médicos (ya entonces profesionales certificados por el Estado); en tercer lugar, se estableció la práctica de la medicina domiciliaria a través de las diputaciones de barrio, desplazando así los remedios tradicionales; y en cuarto y último lugar, el estado por medio de la policía moderna, creada junto a la nueva medicina, supuso una herramienta de fuerza para el control médico de los recién instaurados dispositivos de control e higiene social (Álvarez, 1983).

La medicina moderna se fortaleció por responder a las necesidades del gobierno ilustrado del siglo XIX que tenía que responder ante una población creciente, ordenar la vida social desde el punto de vista de la razón, asegurar el crecimiento de los mercados nacionales, y controlar, como medida de seguridad, una clase pobre que ya había demostrado en el levantamiento descrito que podía suponer una amenaza para al mismo rey (Álvarez, 1983). Cubrir estas necesidades debía garantizar el crecimiento de la fuerza de trabajo necesaria para incrementar la productividad que permitiría enriquecer a la nación. En el momento que el nuevo médico asumió el papel de especialista y organizador en los hospitales, dispuso por medio de los mismos de un amplio campo de pruebas y experimentación para investigar sobre las enfermedades, la muerte y los remedios o terapias para la curación, lo que le reforzó todavía más en su condición social de sabio.

La medicina formó así parte de los cambios que trajo la ruptura con el viejo orden social, dominado en buena parte por el poder eclesiástico y basado en la superstición y la espiritualidad, y aumentó su poder y protagonismo junto a una burguesía emergente, que protagonizó el cambio social de la época.

5.2.- EL SIGLO XIX Y EL NACIMIENTO DEL MANICOMIO.

El cambio en la dirección de las instituciones dedicadas a la atención de los pobres (hospitales, hospicios, y otras dedicadas al cuidado de enfermos, ancianos y pobres) que, como hemos dicho paso de las instituciones eclesiásticas a los médicos a principios del siglo XIX supuso un cambio organizativo que implicó la evolución desde una concepción basada en la fe a otra que se fundamenta en la razón. En este nuevo marco conceptual era necesario concretar qué lugar ocupaba el enfermo mental, situado por sus características específicas entre el criminal y el enfermo.

Como enfermo no era una persona que debiera estar en la cárcel, ya que no es el mejor sitio para una persona incapacitada mentalmente, pero tampoco se le quería ingresar en un hospital junto a personas afectadas por otras patologías, ya que se les consideraba personas peligrosas, como criminales. Finalmente la solución elegida fue la de crear un espacio hospitalario especializado específico para el cuidado y tratamiento de este tipo de patología que, como respuesta al componente de peligrosidad que se asociaba al enfermo mental, debía cumplir la función de evitar que los internos escaparan y pusieran en riesgo la seguridad del resto de ciudadanos

Si bien fue en el siglo XIX cuando nació la institución manicomial por los cambios políticos, ideológicos y sociales señalados, es necesario señalar que ya existían, aunque de manera aislada, espacios dedicados específicamente a la atención de los enfermos mentales con mucha anterioridad, entre los que hay que destacar: La casa de orates de Valencia (1409), el hospicio para dementes de Zaragoza (1425) y el Hospital de los Inocentes de Sevilla (1436) o de Toledo (1583), aunque siempre desde la perspectiva caritativa y espiritual previa a la creación del médico especialista certificado por el Estado, por lo que es la función curativa la verdadera característica diferenciadora que se toma en cuenta al hablar del nacimiento de los primeros manicomios, aunque estos cambios de enfoque no supusieron en realidad variaciones muy significativas a corto plazo ni en las situaciones de encierro ni en el sometimiento de los internos.

Así pues el nacimiento de la institución manicomial y la nueva posición de los médicos se sustentó en la evolución del pensamiento, la reorganización de los espacios y el aumento de los recursos públicos disponibles a causa de las desamortizaciones de la época por la caída del Antiguo Régimen, usándose en muchos casos antiguos palacios y conventos como manicomios. Al mismo tiempo el nuevo papel de la clase médica trajo consigo el nacimiento y la evolución de un conocimiento específico dedicado a la comprensión y curación de la locura, que abarcaba desde lo farmacológico a lo terapéutico, y que daba soporte teórico y científico al rol de médico como profesional especializado, con capacidad para administrar la salud mental, que podía responder de manera eficaz a las demandas y necesidades de una sociedad racionalizada.

Los avances de la medicina mental en España y la creación de los primeros manicomios se deben también, en parte, a la influencia que supusieron las experiencias llevadas a cabo en Francia, y que posteriormente llegaron a España a través de las traducciones de

autores como Philippe Pinel (1745-1826), médico francés dedicado al estudio de la enfermedad mental que estableció a través del método científico una primera clasificación de enfermedades mentales, y que defendía la supresión del encadenamiento y el sometimiento y debilitamiento del enfermo por medio de técnicas como las sangrías. Además defendía ya en el siglo XIX ideas como la posibilidad de curación y recuperación del enfermo mental a través de la razón y otros estímulos.

En el trienio liberal (1820-1823), periodo políticamente liberal encajado dentro del reinado de Fernando VII y que acabó con la restauración del absolutismo en España bajo el reinado de este monarca con el apoyo de las potencias europeas de su tiempo, se intensificó el debate sobre el modelo de atención sanitaria entre medicina hospitalaria y domiciliaria, hasta que culminó en el consenso sobre la mayor eficacia y humanidad del modelo domiciliario, por el ahorro económico que le suponía al Estado la eliminación de grandes edificios dedicados al tratamiento de los enfermos, por la supresión de riesgos de contagio que suponían estas concentraciones de distintos tipos de enfermedades y por el beneficio para el enfermo de permanecer cerca de su familia.

En cualquier caso se dejaron fuera de este modelo domiciliario a las personas con enfermedad mental, ya que seguía siendo un enfermo diferente y se consideraba que el propio aislamiento era una parte esencial de su tratamiento. Esta idea fue reafirmada por autores de la época entre los que son dignos de mención Serafín Solà, defensor de la medicina domiciliaria frente a la asistencia hospitalaria, y que expresó en 1822 en su libro *“Algunas ideas sobre la beneficencia en general y en particular sobre los hospitales”* que la elección entre medicina domiciliaria y hospitalaria para el enfermo mental no tenía sentido, ya que *“...el aislamiento de familia, que tan funesto es para la sociedad, porque rompe las relaciones entre sus individuos en circunstancias que deberían estrecharse más y más, y que ha servido de argumento a los que se han declarado contra los hospitales, forma parte esencial del tratamiento moral de los locos...”* (Ventosa, 2000, p. 208). Pedro Felipe Monlau afirmó después de cuarenta años en la misma dirección que *“Los enfermos de enajenación mental son los que más imperiosamente reclaman asilos especiales separados. Son los enfermos en quienes, por regla general, menos cabida tiene la hospitalidad a domicilio”* (Álvarez, 1983, p. 111)

Con esta base ideológica se redactó el Real Decreto del 27 de Diciembre de 1821, que supuso la primera medida jurídica que sustentaba la creación de los manicomios propiamente dichos, dejando clara en varios de sus artículos la necesidad de la reclusión de los enfermos mentales en instituciones públicas creadas específicamente con esta finalidad:

“Art. 119- Habrá casa pública destinada a recoger y curar a los locos de toda especie, las cuales podrán ser comunes a dos o más provincias, según su población, distancia, recursos, y aún según el número ordinario de locos en ellas; todo a juicio del Gobierno.

Art. 120- Estas casas no deberán estar precisamente en la capital, y el Gobierno podrá establecerlas en otros puntos de la provincia que ofrezcan más ventajas y comodidades para la curación de los locos.

Art. 121 – En estas casas las mujeres tendrán un departamento distinto del de los hombres, y las estancias de los locos serán separadas en cuanto fuere posible según el diferente carácter y período de enfermedad.

Art. 122- El encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas jamás se utilizarán en estas casas.

Art. 123- Se ocupará a los locos en los trabajos de manos más proporcionados a cada uno, según la posibilidad de la casa y el dictamen del médico.

Art. 124- Habrá un director, a cuyo cargo estará la parte económica de la casa, como también la gubernativa en todo lo que no tuviere relación directa con la curación de los locos.

Art. 125- Podrán los particulares establecer de su cuenta casas de locos; pero éstas deberán estar también bajo la inspección de las Juntas de Beneficencia.

Art. 126- La admisión, colocación y alimentos de los locos, la forma de edificio y estancias particulares, la cantidad que deben pagar los que puedan costear su curación, las atribuciones de los facultativos, las circunstancias de los sirvientes, el orden y tiempo de las visitas, todo será objeto de un reglamento especial”

Este Real Decreto muestra la inclinación al cambio en la política sanitaria en general y al tratamiento de la demencia en particular, y aunque la perspectiva de cambio en lo que se refiere a salud mental no fue muy ambiciosa, se observó un cambio humanizador en los tratamientos, orientado ya claramente a la curación, cambiando así el debilitamiento físico y moral y el sometimiento por tratamientos a través del trabajo y el recogimiento. En cualquier caso este marco legal que envuelve el tratamiento de las personas con enfermedad mental supuso una forma más esperanzadora de ver al individuo enfermo y a las instituciones que lo acogían. Esquirol afirmó en 1818 que *“Una casa de alienados es un instrumento de curación; en manos de un médico capaz es el más poderoso agente terapéutico contra las enfermedades mentales”* (Castel, 1980, p. 18).

En este nuevo marco terapéutico para los dementes encontramos en la segunda mitad de siglo autores como Benito Alcina y Rancés (1853-1902), que fue un médico higienista español que ocupó cargos de importancia tanto en España como en Francia relacionados con la medicina pública y la higiene profesional, y que fijándose en el modelo de manicomio del alienismo francés atacó el modelo español, basado en castigos físicos, calabozos y grilletes para aconsejar terapias alternativas como la laborterapia, la musicoterapia y las actividades intelectuales. Merece ser nombrada también, por el paralelismo con experiencias que se consideraron novedosas a finales del siglo XX, la experiencia española del médico Rodríguez Méndez, el cual promovió en el manicomio de San Baudilio de Llobregat la publicación de *“La razón de la sinrazón”*, que fue un periódico compuesto por las creaciones en verso y prosa de los internos.

Entre los autores extranjeros de la época, que dieron también soporte ideológico a la psiquiatría del XIX español, mencionaremos a Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) discípulo de Pinel que continuó con la observación de su maestro de la enfermedad mental y sus causas y que dedicó grandes esfuerzos a denunciar y mejorar la situación real de los centros dedicados a la atención de los enfermos mentales en Francia.

Este convencimiento ideológico en la capacidad del entonces llamado demente para realizar actividades complejas y mejorar su estado, acompañado de un marco legal de amparo, no fue la norma general en todos los manicomios, y ejemplo de estas diferencias puede ser la visita a la Casa de Dementes de Cádiz en 1881, narrada por Albarracín Teulón en 1975 (Herrera, 2006) , en la que se describen las penosas

condiciones en las que vivían los enfermos mentales en contra de las condiciones legales impuestas con anterioridad (Herrera, 2006). La falta de generalización de esta humanización en el trato a los enfermos mentales en los manicomios de España fue también observada por Galdós al visitar, también en 1881, el considerado manicomio modelo de Leganés, del cual escribió: “*Cualquiera que despertara súbitamente a la razón y se encontrase en el departamento de pobres, entre turba lastimosa de seres que sólo tienen de humano la figura, y se viera en un corral más propio para gallinas que para enfermos, volvería seguramente a caer en demencia con la monomanía de ser bestia dañina*” (Alvarez, 1983, p. 114). Esta dura descripción del estado de los manicomios en la España de finales del XIX hace referencia a los centros para las gentes con menos recursos, que tenían muy poco que ver con las instituciones privadas creadas para atender a los enfermos provenientes de las clases más acomodadas que eran atendidos con todo lujo en ambientes más saludables, dónde si se instauraron terapias más humanas y curativas.. No será hasta muchos años después cuando la miseria y la crueldad de las primeras casas de locos desaparezcan definitivamente de los manicomios y esto se hará gradualmente a través de los años y los avances en las investigaciones médicas que se desarrollaron en los mismos manicomios.

El modelo manicomial español, influenciado como ya se ha dicho por las ideas de los alienistas franceses, usará como pilares identitarios dos elementos propios previos; en primer lugar el manicomio construido a principios del siglo XV en Valencia por la *Asociación de los Inocentes*, institución fundada por el Padre Jofré, que fue considerado por los alienistas españoles como el primer manicomio del mundo; y en segundo lugar el tratamiento moral de Pinel, tomando como base los escritos sobre el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza del Barón de Bourgoing (1748-1811), diplomático francés que escribió sobre el estado de España durante su estancia en el mismo.

De este modo la creación del manicomio modelo español se hizo bajo la creencia de que en España se había creado el primer manicomio y se había descubierto el mejor tratamiento, obviando otros escritos de la época que dejaban ver que el trato dado a los enfermos del hospital zaragozano no estaba lejos de las torturas generalizadas en el resto de las casas de locos contemporáneas.

La preocupación por la creación de un manicomio modelo hizo posible un primer registro serio del número de enfermos mentales del país en 1848 que dio como resultado un total de 7277 personas enfermas, de las cuales 1626 estaban recluidas, cifra que ascendió en un estudio posterior realizado en 1859 a 3165 personas internadas. Este rápido aumento de la población atendida por enfermedades mentales supuso que la construcción de manicomios modelo diera paso a objetivos menos ambiciosos y a la reestructuración de edificios ya construidos.

La concepción del loco como enfermo trajo también consigo la necesidad jurídica y judicial de diferenciar entre actos producto de la locura y de la maldad de una persona, por lo que la diferencia entre enfermo y delincuente se convirtió en un difícil problema legal a solucionar, ya que esta diferencia era muy estrecha, más si cabe después de que Esquirol identificara la categoría de monomanía homicida, con lo que suponía tener que asumir que hasta los actos de máxima gravedad podían ser cometidos sin voluntariedad. Además esta diferenciación debía repercutir en el diseño del manicomio, que acorde con las nuevas teorías debería ser un lugar destinado a la curación y no al encierro y el castigo.

5.3.- LA “ERGOTERAPIA” COMO ANTECESORA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

La ergoterapia, termino compuesto por las palabras *ergon* (trabajo) y *therapeia* (tratamiento), teorizada y puesta en práctica por Pinel, supuso el primer tratamiento de rehabilitación a través del trabajo y posiblemente el nacimiento de la terapia ocupacional para recuperar capacidades psíquicas. Su principal objetivo era la recuperación de las personas con enfermedad mental para la sociedad y pretendía ayudar al enfermo a recobrar la cordura a través de la moralización para reconvertirlo en una persona productiva.

Aunque ya se ha comentado la evolución teórica y política del siglo XIX, es interesante identificar cuáles son los cuatro componentes que permitieron el nacimiento de la ergoterapia y sustentaron un modelo que ha servido como antecedente teórico para las posteriores corrientes de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental,

aunque con significativas diferencias como son el lugar dónde llevarla a cabo o el papel de la familia en los procesos de recuperación (Álvarez, 1983):

1.- **El medico alienista.** Modelo de profesional médico del s. XIX que sustituyó al sacerdote como máximo responsable en el tratamiento de la locura, aunque siguieran colaborando, como única persona capaz de curarla, por lo que controlaba todo el proceso de curación del enfermo mental. Él debía ser quien ganara la confianza del enfermo para dirigirlo por medio del razonamiento hacia la curación, pero también de planificar el tratamiento que se le debía administrar para que el proceso llegara a buen puerto.

2.- **El aislamiento manicomial.** Considerado como el único espacio adecuado para el tratamiento de la enfermedad mental por permitir el alejamiento del enfermo de su entorno. El entorno familiar y social se consideraba como posible causa de la enfermedad o al menos como coadyuvante de la misma y por lo tanto como dificultad para la curación, ya que se daba por hecho que si una persona enfermaba su entorno tenía que ser desordenado y caótico. El ingreso en el recinto manicomial suponía un cambio de gran importancia y repercusión para la persona enferma que entraba así en un lugar ordenado donde podría encontrar, siempre bajo la supervisión del médico, la curación.

3.- **El trabajo como componente del ciudadano productivo.** Suponía la base del tratamiento moral. En una sociedad productivista como la de la Europa del siglo XIX el trabajo tenía un gran prestigio y se consideraba una herramienta ideal para el enriquecimiento físico, espiritual y comportamental. La consecuencia lógica de este gran aprecio por el trabajo era que la falta de ocupación llevaba directamente a los vicios, el desorden y la locura. El trabajo era el mejor medio para recuperar la cordura. Al mismo tiempo el ciudadano sería recuperado para la sociedad no sólo como persona razonable, sino también como sujeto activo que aportaba la fuerza necesaria para el crecimiento de la economía nacional.

4.- **La dirección moral.** Consistía en el acompañamiento y supervisión constante por parte del médico en el proceso curativo del enfermo para poder transmitir los valores morales necesarios para sanar la locura. El médico jugaba el papel de maestro, por lo que era necesario que el enfermo lo respetara y confiara en él para que se involucrara en

su curación a través de la razón y el orden, de tal modo que acabara interiorizando unas nuevas premisas morales que lo alejasen del vicio, considerado como verdadera causa de la enfermedad mental. Observamos así un enfoque formativo de la actividad terapéutica que refuerza la confianza en las capacidades de la persona enferma y en sus posibilidades de recuperación.

5.4.- EL SIGLO XX. DEL MANICOMIO A LA COMUNIDAD.

Tras un siglo XIX en el que los cambios económicos y sociales propiciaron cambios en el pensamiento que se vieron reflejados en la atención al enfermo mental, del mismo modo en el siglo XX, tras una primera mitad convulsa que frenó el desarrollo del país en todos sus aspectos, y supuso un estancamiento general en la atención psiquiátrica española, junto con los episodios de desarrollo económico de los años 70 se produjeron cambios en la sociedad que posibilitaron la toma de conciencia de la necesidad de llevar a cabo cambios en los modelos de atención a las personas con enfermedad mental que los hicieran más acordes con las nuevas ideas que se habrían pasado en España, al igual que en el siglo anterior provenientes de Europa.

Estas nuevas ideas surgieron en el seno de grupos de profesionales conectados entre sí que se convirtieron en la puerta de entrada para experiencias puestas en funcionamiento en otros países europeos bajo el nombre de *psiquiatría comunitaria*. Esta apertura al extranjero permitió introducir innovaciones en los modelos organizativos y justificó prácticas de mayor apertura en la institución manicomial, y aunque supuso una importante renovación a nivel teórico no fue capaz en sus inicios ni de producir el mismo cambio en el sistema jurídico administrativo ni tampoco de conseguir un verdadero compromiso político de cambio. Eso sí, sirvió para establecer una base teórica que puso en cuestión el modelo español de asistencia psiquiátrica y supuso sentar la base sobre la que impulsar los cambios que se dieron más adelante. (García, Espino y Lara, 1998).

Este desequilibrio entre teoría y práctica en la atención psiquiátrica quedó plasmado en documentos oficiales como el Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria de 1975, pero a pesar del reconocimiento de la necesidad de vertebrar cambios profundos para la mejora en el tratamiento de la enfermedad mental siguieron construyéndose durante toda la década hospitales psiquiátricos donde primaba

la situación de internamiento vigilado sobre la de tratamiento médico-sanitario. La asistencia psiquiátrica era casi exclusiva de los hospitales psiquiátricos y el enfermo mental se caracterizaba, en un alto porcentaje, por su ingreso hospitalario en la modalidad de larga estancia, por su bajo nivel formativo y por su falta o escasez de ingresos

Esta situación fue sostenida en un ámbito legal muy fragmentado y con competencias provinciales y nacionales difusas que impedían un desarrollo integral en la gestión de la salud mental española que no se unificó hasta 1986 con la Ley General de Sanidad (IBIDEM).

Volviendo a las aportaciones teóricas de finales del siglo XX que sirvieron de base para cuestionar el modo tradicional de atender al enfermo mental, hay que destacar entre las aportaciones del *pensamiento psiquiátrico crítico* de los años 70 la denuncia del rechazo social al enfermo mental, la constatación de la necesidad de una constante revisión de los diagnósticos, pronósticos y terapias, el mostrar el peligro de que la ciencia y la técnica avanzaran al servicio del poder y no al del enfermo (pudiéndose convertir la psiquiatría en un instrumento de control social más que de ayuda a la curación del enfermo mental), la crítica al modo de funcionar de un sistema psiquiátrico basado en el encierro del enfermo en los manicomios sin permitir la vuelta del mismo a su entorno y la importancia que se daba a las relaciones humanas en el tratamiento del enfermo mental, negándose al uso de la violencia de cualquier tipo (García, 1995).

Siguiendo a García se identifican tres puntos históricos en los que la evolución del pensamiento psiquiátrico crítico se vio frenado en España impidiendo la evolución paralela en la asistencia psiquiátrica:

1.- La disolución de la Mancomunitat de Diputacions de Catalunya con la dictadura militar de Primo de Rivera (1914-1924). Este episodio histórico en sí supuso el fin de un intento de organización de la salud mental que proponía la descentralización de los servicios y la atención en la comunidad como alternativa al manicomio, por medio de una renovación en la organización interna de las instituciones y una propuesta de organización de la asistencia en el exterior.

Salvador Vives y Casajoana, psiquiatra catalán que llegó a ser Director General de los Servicios Técnicos de Psiquiatría de la Generalitat de Catalunya antes de la Guerra

Civil, propuso en 1917 ideas que aún hoy parecen novedosas, tales como el valor en los procesos de recuperación de la cercanía del enfermo a su familia y a su medio social, la necesidad de organizar dispositivos o programas intermedios entre el régimen hospitalario y la sociedad o la necesidad de formar equipos de asistentes sociales para prevenir las recaídas. Ideas que suponían ya entonces la observación de la estrecha interrelación entre lo social y lo sanitario a la hora de tratar adecuadamente la enfermedad mental.

2.- El fin de la República con la Guerra Civil.

Tras la Guerra Civil, en un país en ruinas, en el cuál la iglesia volvía a tomar un papel protagonista en la asistencia sanitaria y la beneficencia, la psiquiatría volvió a depender en gran medida de esta segunda, lo que supuso que se abandonaran modelos ejemplares como el catalán, puesto en marcha con una clara orientación a la comunidad, o el madrileño, que recogía entre sus ideas la necesidad de desarrollar una pedagogía especial para el tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedad mental, con un enfoque de nuevo educativo y confiado en la recuperación y adquisición de capacidades, y orientado a la comarcalización de la asistencia psiquiátrica primaria como modelo descentralizado y con vocación de cercanía.

3.- Los 80.

Momento histórico en que de nuevo las voces más críticas y renovadoras de la psiquiatría española, que habían ido trabajando en conceptos tan humanos como la escucha, el trabajo diario, la negación de usar la violencia, etc., aunque no fueron capaces de vencer el inmovilismo de muchos profesionales de la administración ante la posibilidad de llevar a cabo cambios profundos en la organización de la asistencia psiquiátrica, por lo que la llamada antipsiquiatría, que promulgaron autores tan brillantes como Michel Foucault, no fue tenida en cuenta por el Estado Español.

Foucault (1926-1984) fue un filósofo e ideólogo francés que orientó su trabajo al estudio de las relaciones de poder en las instituciones sociales, la sexualidad y el mundo de la enfermedad mental entre otros temas. Su discurso fue una parte fundamental del pensamiento que basó y acompañó a la antipsiquiatría, éste postulaba que el manicomio era un lugar donde se creaba enfermedad más que curarse y defendía que el tratamiento en la familia y en la comunidad tenía resultados, aún cuando no se planificara ninguna

acción terapéutica, que nunca serían posibles en un ambiente cerrado y psiquiatrizante como los manicomios.

5.5.- LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.

La psiquiatría comunitaria es entendida como la atención a las personas con enfermedad mental grave fuera del recinto cerrado que suponían los manicomios, con todos los cambios legislativos, profesionales y metodológicos que conlleva.

Este tipo de atención psiquiátrica no será manifiesto, aunque hubiera importantes antecedentes en esta línea, hasta el periodo de postguerra de la segunda Guerra Mundial, momento en el cual tendrá lugar casi simultáneamente en países como Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos, entre otros, un cambio ideológico en la atención psiquiátrica ligado tanto a la incorporación de la enfermedad mental en las políticas de salud pública como a que los hospitales dejaran de ser el único eje vertebrador de la sanidad, cambios que desembocarán más tarde en la creación y afianzamiento de la llamada psiquiatría comunitaria (Huertas, 1991).

Entre la concepción del manicomio como lugar más adecuado para el tratamiento de la enfermedad mental y el artículo ministerial en la Francia de 1960 que establecía como principio esencial en el tratamiento psiquiátrico la cercanía del enfermo con su familia y su medio, existen experiencias intermedias como la aplicación de la Psicoterapia Institucional, llamada así por psiquiatras marxistas que experimentaron con acciones terapéuticas basadas en la reproducción, en la medida de lo posible, de las condiciones del medio social de las personas atendidas dentro de las mismas instituciones psiquiátricas.

En cualquier caso este cambio de orientación no supuso la desaparición del manicomio, sino el enriquecimiento de la atención con la incorporación de nuevas metodologías en los tratamientos que permitieron una mejor adaptación a cada persona, además de poder añadir políticas preventivas y de seguimiento en la sociedad fruto de la introducción en las políticas de salud pública (Ibidem). Además, el desarrollo de legislación a principios de los 60, tanto en Francia como en el resto de países a los que hacíamos referencia, permitió a través de la práctica el desarrollo de nuevas terapias de corte más social e integrador hacia modelos más normalizadores e inclusivos como sería el concepto, al

que se hace referencia en varios apartados de este estudio, de *Recovery* que hace alusión a un mayor protagonismo del enfermo en su proceso de rehabilitación.

La abertura del tratamiento exclusivamente en las instituciones hacia el tratamiento en la comunidad supuso un cambio en los posibles roles que juega el enfermo, supuso tener en cuenta en el tratamiento elementos sociales además de farmacológicos y conductuales, y supuso asimismo minimizar la brecha que separa en el momento del desencadenamiento de la enfermedad a la persona enferma de la sociedad y que supone la mayor dificultad a superar en su proceso de recuperación.

En España el momento de ruptura con la institución manicomial como único camino en el tratamiento de la enfermedad mental no se inició hasta finales de los ochenta al amparo de la reforma psiquiátrica, momento en el cual se inició en Huesca el camino de la psiquiatría comunitaria, iniciada por trabajadores públicos del antiguo Hospital Psiquiátrico, dependiente entonces de la Diputación Provincial de Huesca, por medio de la realización de cursos formativos y talleres de empleo que desembocarían en los programas integrales comunitarios que actualmente se desarrollan en la provincia de Huesca y que se analizaran en esta tesis.

Fue en 1987 cuando nacieron estos programas, con vocación de recurso intermedio entre el hospital y la sociedad desde sus inicios. El hecho de que no existiera un plan estatal que acompañara las reformas en lo relativo a psiquiatría hizo que dependiera de las diputaciones provinciales el apostar o no por servicios de atención en la comunidad, por lo que todavía en la actualidad son visibles las diferencias provinciales en los programas de atención a personas con enfermedad mental tanto a nivel nacional como regional.

Poniendo más atención en los programas que sirven de referencia en este estudio se describe a continuación su evolución desde sus inicios con datos obtenidos de algunas de las personas que participaron en su creación y que todavía forman parte de la plantilla pública, actualmente dependiente del gobierno regional, adscrita a estos programas. En 1987, tras coordinarse el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) y el INEM (Instituto Nacional de Empleo) se organizaron los primeros cursos específicos para personas con problemas de salud mental. El primero, que comenzó el 6 de junio de 1988, fue sobre horticultura y se impartió en las instalaciones del antiguo

hospital psiquiátrico. Este curso fue seguido de otros dos desarrollados de forma simultánea sobre horticultura y jardinería (24/04/1989) y dos de confección (14/11/1988 a 18/04/1989 y 23/10/1989 a 19/02/1990). Al mismo tiempo y en paralelo se pusieron en marcha en 1988 y 1989 dos pisos en Huesca destinados a personas que se creía debían vivir en la ciudad y no el CRSM por motivos terapéuticos.

Tras el éxito de estos cursos, la Diputación Provincial de Huesca decidió seguir adelante con el proyecto y en 1990 se apoyó la creación de los primeros talleres laborales (jardinería, viveros y confección) en los cuales, ya desde sus inicios, se les pagaba a los usuarios una asignación por los trabajos desempeñados. En 1991 se creó el taller de lavandería y se presentó a la DPH el primer proyecto de centro especial de empleo. También en 1991 se creó el llamado *piso cero*, entendido como un espacio de entrenamiento para la vuelta a la convivencia normalizada, aunque en el 93 se volvió al anterior enfoque de pisos con atención desde el CRSM.

A finales de 1994 se creó la Fundación Agustín Serrate Torrente (nombre tomado de un ilustre psiquiatra aragonés que apostó laboral y académicamente por la psiquiatría comunitaria) como organismo autónomo dentro de la DPH para gestionar tanto el Club Psicoterapéutico (creado en 1986) como la estructura de talleres. Esta Fundación presentó el proyecto de CEE ARCADIA elaborado desde los talleres y que aprobó posteriormente la Dirección de Trabajo, siendo abril de 1995 el mes en que se pagó la primera nómina del CEE. En el momento de su creación accedieron al contrato protegido 21 de los 60 integrantes de los talleres, algunos de los cuales todavía siguen en activo como trabajadores del Centro Especial de Empleo Arcadia, y el resto quedaron en el nivel de Taller Ocupacional, de tal forma que se conformó la estructura que ha acompañado a la parte laboral de los programas de inserción comunitaria en Huesca hasta la actualidad y que sigue siendo objeto de estudio y visita por parte de numerosos profesionales dedicados a la rehabilitación psicosocial tanto dentro como fuera de España.

En ese mismo año se dará otro importante paso para los programas de atención a las personas con enfermedad mental con la apertura del Centro de Día Arcadia, ya que acogerá los despachos de los profesionales destinados al Programa de Inserción Laboral, el comedor y el taller de Confección, hasta ese momento ubicado en la tercera planta del

Hospital Provincial, y supondrá la creación de un espacio de referencia para los usuarios del recurso fuera del recinto manicomial y hospitalario.

En 1997 se produjo otro salto hacia delante con la ayuda del proyecto HORIZON, financiado por el Fondo Social Europeo y que supuso:

- La creación de un programa de formación ocupacional para cada actividad.
- La organización de un curso de formación en acompañamiento terapéutico para profesionales.
- La ampliación de la estructura laboral con la creación del taller de Serrería y el traslado del taller de Confección a un local de la ciudad.
- El inicio de acciones formativas sobre materias como la Informática, que permitió iniciar con las personas más capacitadas el taller de Bibliotecas en noviembre de 1999.
- El inicio de cursos sobre el empleo ordinario, que derivó en la creación de un servicio de acompañamiento al empleo fuera de Arcadia.
- El establecimiento de un programa de trabajo con dos socios europeos: en Bourg en Bress (Francia) y en Foggia, Bari (Italia).
- La creación de una red de trabajo con los diferentes programas de inserción presentados por otras CCAA (Andalucía, Madrid, Catalunya) y que sirvió para el intercambio de experiencias.
- La contratación de una técnica para la ejecución del proyecto y para asumir el nuevo Programa de Acompañamiento al Empleo Ordinario (transferencia de los socios de Bourg en Bress).

En 1999 se produjo el traslado de la Unidad de Corta Estancia al Hospital San Jorge y se creó el Hospital de Día, aumentando a la vez la dotación de personal para el Centro de Día Arcadia, que se convirtió en un referencia todavía más visible como servicio comunitario con gran variedad de programas, entre los que destacan los referidos a la asistencia en pisos(14 Plazas).

Estos programas estaban divididos de la siguiente manera: Programa de apoyo domiciliario, dirigido a la adquisición de destrezas y habilidades por parte de las personas atendidas que les permitieran volver a llevar una vida autónoma en los relativo al aspecto residencial y que englobaba aspectos de limpieza e higiene (personal y de los

espacios), autocuidado (estructura horaria, tomas de medicación, asistencia al psiquiatra, alimentación, vestimenta adecuada, etc), gestión económica (control de compras y gastos), gestiones burocráticas de distinto nivel (facturas, contratos, citas médicas,), habilidades sociales (manejo del ocio, relaciones con vecinos y compañeros de piso, etc), etc.; Programa de apoyo personal y social, dirigido al enriquecimiento de las relaciones personales de las personas atendidas por medio de la adquisición de habilidades relacionales a través del trabajo en áreas como la inteligencia emocional, la empatía con el otro, la escucha activa, la expresión corporal y verbal, el respeto a los demás, etc; Programa de Apoyo a la toma de medicación, dirigido al control de la compra y toma de medicación, así como a la adquisición de la conciencia de necesidad de la regularidad y planificación de la misma como método de tratamiento y prevención de recaídas y con objetivos de autonomía en el manejo y toma de medicación a corto, medio o largo plazo; Programa de Comedor (Desde 1999 ampliado a cenas) destinado a garantizar una adecuada alimentación en pacientes que todavía no tienen la conciencia o habilidades necesarias para llevar una adecuada alimentación, tanto en variedad como en cantidad de alimentos, y para aquellas otras cuyos niveles de ingresos no permitía abordar programas dirigidos a la mejora de la autonomía por no tener cubierta la necesidad básica de la alimentación. Hay que señalar que este programa era complementario del apoyo en la toma de medicación por garantizar la asistencia de la persona enferma regularmente a unas mismas horas; Cursos de pintura y musicoterapia que permitían mejorar la autoestima por medio del cambio de rol de sujeto pasivo a sujeto activo y trabajar la expresión de forma individual y grupal a través de la actividad artística; Programa de Apoyo a la economía personal, por medio del cual se supervisaban los ingresos de las personas, aumentando en función de la evolución de su capacidad de control del gasto la cantidad a percibir a diario. Este programa permitía educar desde la experiencia sobre la necesidad de la planificación y control del gasto como paso previo a situaciones de autogestión del dinero, paso necesario además para la independencia en otros aspectos como el residencial; y por último el Programa de Acercamiento a los servicios de ocio de la ciudad, que suponía la inmersión en las actividades culturales, deportivas, de ocio o de cualquier tipo que supusieran la inclusión del individuo como sujeto activo en su entorno social cercano.

En el año 2000, de nuevo al amparo de fondos Europeos, en este caso del programa FEDER, los programas de atención en la comunidad volvieron a experimentar una evolución y mejora en sus infraestructuras.

El 2001 fue un año de vital importancia para su futuro, ya que el uno de enero del mismo las competencias en materia de sanidad pasaron al gobierno autonómico y entre ellas estaban los programas comunitarios de atención a la salud mental. El modelo utilizado en las transferencias para garantizar la pervivencia de lo logrado hasta ese momento fue crear una Fundación (llamada inicialmente Fundación 2000 y más adelante Fundación Agustín Serrate) con la que concertar los servicios Rehabilitadores y de Inserción Laboral y la gestión del Centro de Día, los Pisos Asistidos y la Estructura Laboral del CEE y los talleres ocupacionales que conformaban ARCADIA.

Es más que impactante constatar cómo a través de la historia han existido prácticas consideradas *revolucionarias* que se han repetido y abandonado en varias ocasiones. Estas prácticas más humanas y orientadas a la recuperación han repetido experiencias como la escucha activa, las terapias creativas, el trabajo como terapia, la instalación de puntos intermedios entre el encierro y la sociedad, el seguimiento en la sociedad, la prevención frente al encierro, la valoración de las capacidades del enfermo, etc. Pero estas prácticas, normalmente coincidiendo con momentos críticos, se han abandonado el mismo número de veces para retornar hacia la reclusión, la beneficencia y el exilio social. Observando la situación actual vemos de nuevo un momento de crisis económica y parece que la tendencia de ahorro en la sanidad incide más directamente en los programas de rehabilitación en la comunidad, garantizando en mayor medida la asistencia hospitalaria y por qué no decirlo con una tendencia más bien *manicomial* y orientada a recursos residenciales más que recuperadores, fruto muy probablemente de una legislación muy débil al respecto, como lo prueba la inexistencia de un Plan de Salud Mental en Aragón o el incumplimiento de las premisas de orientación a la asistencia comunitaria recogidas en el anterior.

**6.- LA REALIDAD DE LAS PERSONAS
CON TMG EN LOS PROGRAMAS DE
REHABILITACIÓN.**

Situados ya en los inicios del siglo XXI y con la motivación de conocer y profundizar en la actual realidad de enfermos con trastorno mental grave, se analizarán en este apartado las entrevistas en profundidad a tres personas que, tal y como se ha señalado en la introducción de este trabajo, han atravesado todas las etapas en su evolución desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la recuperación cuasi definitiva. Así pues se expondrán tres itinerarios diferentes que permitirán identificar los distintos mediadores sociales que han intervenido en sus procesos de rehabilitación y que pueden acompañar a otras personas con TMG en procesos terapéuticos similares encaminados a la integración sociolaboral.

Es necesaria la mención y expresa del esfuerzo realizado por parte de las personas entrevistadas al exponer ante una grabadora sus historias personales de forma voluntaria, aun cuando se les aseguró que se mantendrían en el anonimato, con la intención de poder aportar una luz de esperanza a otras personas que afronten procesos de recuperación luchando contra los síntomas y el rechazo social ligados a la enfermedad mental y se encuentren en los momentos más duros de estos procesos, cuando se hace muy difícil ser optimista.

6.1.- TRES HISTORIAS DE SUPERACIÓN

6.1.1.- HISTORIA 1: “QUIEN LA SIGUE LA CONSIGUE”

El primer relato que se presenta ha sido escogido en función del apoyo que la paciente desde el inicio de su historia, siempre ha recibido por parte de su familia.

Si nos situamos en el momento inicial de esta historia nos encontramos ante una chica de diecinueve años, que vive en una familia estructurada, sin problemas de ningún tipo y que recibe de la misma apoyo y cariño al igual que sus hermanos. Hablamos de una buena estudiante, que se encuentra en el meridiano de sus estudios universitarios sacando buenas notas y con una vida social en la que cuenta con compañeros, amigas y familiares conformando su entorno cercano. Es en este entorno de aparente normalidad y antes de culminar sus estudios universitarios cuando nuestra protagonista, sin antecedentes que hicieran sospechar este desenlace, sufrió su primera crisis al desencadenarse un brote psicótico.

Este episodio, que supone para todo aquel que pasa el trance una ruptura con la realidad que vivía hasta ese momento, tiene consecuencias muy diferentes dependiendo de los cambios a los que tenga que enfrentarse la persona tras superar el momento más agudo de la enfermedad, que normalmente se pasa en unidad hospitalaria para lograr en un primer momento la estabilización y en dispositivos intermedios como el hospital de día antes de recibir el alta definitiva.

Afortunadamente el caso expuesto en esta primera historia de *quien la sigue la consigue* contaba con un ambiente familiar que la protegió del aislamiento o la soledad y que la apoyó con cariño y confianza para que tras recuperar la estabilidad prosiguiera su vida allí donde la dejó, si bien a partir de ahora tendría que asumir una sensibilidad especial ante ciertas experiencias y ante ciertas actuaciones de otras personas.

Prosiguió sus estudios y con el mismo esfuerzo que cualquier otro, según sus palabras, acabó con un buen expediente sus estudios y se dispuso a afrontar, al igual que sus compañeros, el difícil reto de buscar un puesto de trabajo. En su situación de persona con enfermedad mental podría haber orientado esta búsqueda hacia puestos de trabajo adaptados o reservados a personas con discapacidad, pero en ningún momento quiso hacer uso de esta opción, había finalizado sus estudios y se sabía preparada para luchar por lograr un empleo acorde a su formación y capacidades.

A su favor tenía su formación universitaria y un entorno familiar que la cuidaba, ayudaba, apoyaba y animaba a superarse, y entre sus apoyos también contará con los servicios que le brindaba la comunidad y el sistema, contando según ella misma afirma con el apoyo incondicional de su psicóloga de referencia, el asesoramiento y apoyo del servicio de Acompañamiento al Empleo Ordinario (AEO) de la Fundación Agustín Serrate y por supuesto con la determinación y motivación personal necesaria para emprender el camino hacia la independencia que supone la búsqueda del primer empleo.

En estos primeros momentos, después de acabar sus estudios y al mismo tiempo que buscaba activamente empleo seguía formándose dentro y fuera del servicio de AEO mencionado (ofimática; preparación de entrevistas; búsqueda activa de empleo; etc.), ayudaba en las tareas de administración en la Fundación Agustín Serrate, preparaba oposiciones para el Departamento de Salud y se apuntaba a las bolsas de trabajo.

Esta actividad pronto dio resultados, y casi superpuestas aparecieron dos oportunidades, la primera a través de la bolsa de trabajo del Departamento de Salud y casi instantáneamente, dos días después de empezar su trabajo en un centro de salud, le surgió a través de una amiga la oportunidad de optar a un puesto administrativo en una empresa ordinaria. Tras mostrar su interés por el puesto la empresa la citó para una entrevista personal.

Era su primera oportunidad seria y no quería desaprovecharla, pero a la hora de afrontarla debía de tener en cuenta que entre sus características debía asumir que podría vivir el nerviosismo normal que acompaña estos trances con un extra de tensión y riesgo, por todo lo cual decidió asegurarse y prepararla con anterioridad y a conciencia junto a la responsable del programa de AEO.

Sumando a la preparación añadió todo el apoyo y empuje de sus familiares, su psicóloga y sus compañeros de la Fundación, superó el nerviosismo y los miedos que suponía esta primera prueba y pasó con éxito la entrevista, consiguiendo el empleo. Este momento fue un tiempo de celebración y empoderamiento que la ayudó a alcanzar importantes niveles de autoconfianza para emprender todo lo que suponía este nuevo reto; nuevas relaciones con compañeros y responsables, aprendizajes, asunción de responsabilidades y retos y alejamiento de estructuras concienciadas con las necesidades especiales ligadas a la enfermedad mental, detalle, este último, que nuestra protagonista mantuvo en secreto por miedo al rechazo y al despido si su enfermedad se hacía pública.

Su primer año de trabajo desempeñó perfectamente las funciones de su puesto y mantuvo además una muy buena relación tanto con sus nuevos compañeros como con sus superiores, estaba encantada de su situación, totalmente normalizada, había superado los miedos de su enfermedad y había logrado alcanzar su meta, pero tras ese primer año de trabajo tuvo una recaída que le supuso algo más de un año de baja desde su ingreso hasta su alta definitiva.

Al volver de la baja, en su reincorporación al puesto de trabajo todo había cambiado, las relaciones con sus superiores no eran las mismas y al pasar un mes desde su incorporación fue despedida con el argumento de que había menos trabajo y podía asumirlo otra persona de la empresa. El argumento, que era totalmente válido

legalmente, no sirvió para consolar a nuestra protagonista, que sintió que la causa de su despido era la enfermedad más que el trabajo. Para ella fue un gran golpe moral que le generó una gran tristeza que la acompañó durante los siguientes dos años sin trabajo, uno de los cuales estuvo enferma. Afortunadamente seguía contando con el apoyo de su familia, de su psicóloga y su orientadora y nadie dejó de aconsejarle que no cediera en su empeño de seguir esforzándose. Ella por su parte procuró mantenerse ocupada ayudando como antes en la Fundación Agustín Serrate y preparándose para futuras oportunidades.

Tras este bache, si bien siguió sin querer orientarse a fórmulas de empleo protegido, la orientación hacia el empleo público fue más intensa y comenzó un camino no menos costoso de sustituciones cortas, incluso de uno y dos días para ir ganando puntos en la bolsa de trabajo y poder optar a alguna interinidad un poco más larga, todo ello sin dejar de preparar oposiciones.

En esta etapa, sin dejar de contar con el apoyo y acompañamiento tanto de su psicóloga como de la responsable de AEO, sus padres jugaron el papel primordial, acompañándola allá donde fuera necesario, ayudando en las mudanzas cuando era necesario pasar una semana o incluso un mes en alguno de los destinos a donde la llevó la bolsa de trabajo. Fue un tiempo en que esta carrera hacia el empleo le permitió conocer muchas pequeñas localidades y relacionarse con diferentes personas, lo cual enriqueció notablemente a nuestro personaje.

Si en algún momento el ánimo flojeaba allí estaban sus padres y hermanos tirando de un brazo, si alguna decisión turbaba su pensamiento, su psicóloga se encargaba de ayudarla y tranquilizarla y si alguna prueba parecía imposible la encargada de AEO se ocupaba de prepararla técnica y mentalmente para afrontarla con serenidad y confianza.

Este devenir de cortas estancias en distintos lugares ocupó seis años en nuestra crónica, y fue una fase necesaria y preparatoria para el siguiente episodio, que aunque menos dinámico en el plano espacial fue más intenso en el laboral y personal. Nos encontramos aquí con nuestra protagonista cubriendo una interinidad indefinida, lejos de la familia y el resto de su entorno más cercano. Si bien el contacto vía teléfono siguió funcionando

con todos los mencionados y los fines de semana los pasaba de nuevo con su familia en el domicilio de sus progenitores.

Esta etapa comenzó con lo normales nervios y tensiones que genera un cambio de esta naturaleza y por tanto seguían siendo de gran ayuda los apoyos personales y profesionales. Tras los primeros días de nervios ante un líder autoritario y ante la necesidad de atender a muchísima gente, los fines de semana suponían el descanso necesario para ir adaptándose a la situación. Una vez estabilizada en esta nueva etapa un accidente de tráfico de sus padres desembocó en otra pequeña crisis.

Tras la vuelta, después de superar el momento de bajón, llegaba el momento de volver a enfrentarse a las situaciones derivadas de las relaciones en el trabajo, tanto horizontales como verticales, y a los requerimientos de un trabajo de cara al público que exigía atender a personas que en muchas ocasiones no empleaban un tono calmado y amable.

En este sentido nuestra entrevistada no expresó grandes dificultades con su trabajo, pero si le influía en mayor medida su relación con las compañeras, tanto negativa como positivamente, sintiéndose muy aceptada y motivada ante situaciones de compañerismo, colaboración y reconocimiento del trabajo bien hecho al mismo tiempo que se reconocía muy sensible al liderazgo autoritario y las críticas destructivas o *chismes* de otras compañeras.

Llegamos entonces a un momento de reconocimiento que desembocó en crítica. Tras el encargo por parte de una de sus superiores de quedarse al cargo de una parcela de la oficina en su ausencia, otro de los jefes, con menos confianza en sus aptitudes, reaccionó ofreciéndole un ayudante, a lo que nuestra protagonista respondió positivamente, aunque fue interpretado mal por el resto de sus compañeras que veían en dicho ayudante un posible competidor por sus puestos a la vuelta de su jefa. Este hecho en sí le generó un gran sentimiento de culpabilidad y tras volver el viernes llorando a casa el lunes ya no se sintió con fuerzas de volver y tuvo una nueva recaída.

Esta recaída, tan amarga como inesperada se convirtió en la antesala de uno de los momentos más dulces de esta historia, ya que estando de baja tuvo que hacer la oposición que, ya de vuelta en su puesto de trabajo se enteraría, suponía su contratación como funcionaria del SALUD.

AGENTES FAVORECEDORES ASOCIADOS Y EN RED

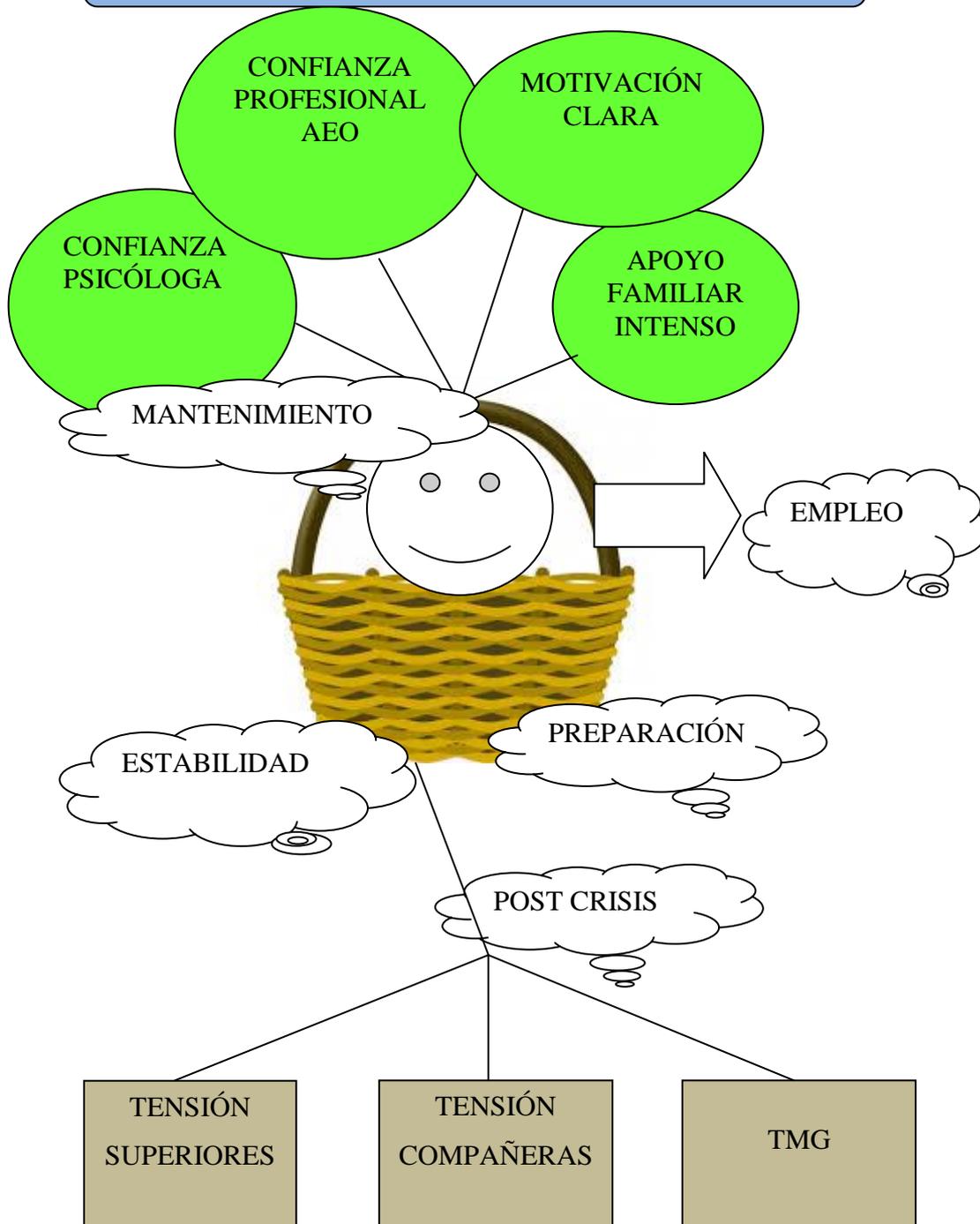


Gráfico 2 – Historia 1 Fuente: Elaboración propia

Este fue también un momento de lágrimas en la vuelta a casa, pero de alegría por la meta conseguida, porque en este caso quien la sigue, la consigue. Pero no era el final de la historia sino más bien la antesala de nuevos capítulos, ya que a día de hoy todavía sigue formándose y preparándose para ascender en su trabajo, encontrar algo mejor, o al menos no conformarse con hacer siempre lo mismo. En este gráfico, que se repetirá en

las siguientes historias como representación simbólica del *viaje* que supone todo el recorrido desde que una persona es diagnosticada de una enfermedad mental grave hasta que consigue recuperarse y conseguir un empleo se observan:

- a) Los lastres que frenan el recorrido hacia la recuperación en forma de cajas/pesos, y que pueden ralentizar, impedir el despegue o incluso hacer caer de nuevo hasta el inicio del proceso a la persona que esta inmersa en un proceso de rehabilitación;
- b) Los coadyuvantes y catalizadores del proceso en forma de globos que ayudan a acelerar el ascenso tirando de la persona afectada y sosteniéndolo en los momentos de debilidad o riesgo de recaída;
- c) Las distintas etapas a superar en forma de nubes que se van cruzando en la ascensión hacia la recuperación.

En esta primera historia hemos podido observar hasta qué punto es de vital importancia la constante presencia de apoyos, y es especialmente importante nombrar los apoyos ya que en las propias leyes y normas que ha redactado la administración en relación a las medidas de adaptación destinadas a facilitar el desempeño profesional de personas con enfermedad mental grave se habla específicamente de equipos de apoyo, especialmente en lo relativo a los Centros Especiales de Empleo, que en esencia tienen la función de prevenir los episodios de crisis a través de una prevención activa, por medio de la escucha y la observación de los síntomas, que pueden anunciar con un cierto tiempo para tomar medidas del riesgo de recaída.

Es significativo apuntar que, si bien las personas con este tipo de trastornos son sensibles a las situaciones de tensión en el trabajo, lo son especialmente a las situaciones de tensión con compañeros y superiores por las propias características de estas enfermedades, vistas en el apartado 4.2 de esta tesis, lo que puede observarse en el discurso y la experiencia de esta primera historia, en la cual se hablaba más negativamente de los miedos y suspicacias que despertaban conductas autoritarias y críticas de sus superiores y compañeras que de las situaciones de estrés y conflicto derivadas de la atención directa a las quejas de los usuarios de los centros de salud.

También de especial relevancia en el proceso de recuperación expuesto ha sido el mantener unos niveles de ocupación adecuados, base de los programas ocupacionales de rehabilitación, que ayudan a establecer una estructura sólida en cuanto a la regulación del sueño, las tomas de medicación puntuales, el mantenimiento y potenciación de las capacidades y habilidades físicas y cognoscitivas y el mantenimiento de una autoestima sana y basada en la realidad a través de un plan de vida con objetivos y esperanzas factibles.

También es necesario remarcar la importancia de mantener la guardia en alto y aceptar las consecuencias de la enfermedad mental para vivir a partir de las capacidades y oportunidades que se presentan en el recorrido vital de cada persona, pero también asumiendo las debilidades y limitaciones de cada uno, de tal modo que sea posible mantenerse en un equilibrio, que como hemos visto en esta narración puede verse roto en cualquier momento por nuevas recaídas o crisis.

6.1.2.- HISTORIA 2: “PONERSE POR ENCIMA DE LAS DIFICULTADES”

En esta segunda historia vamos a narrar el devenir de un joven de 16 años, natural de un pequeño núcleo rural. Este joven, activo y travieso en su infancia, asumió la responsabilidad de hacer algo con su vida y decidió ponerse a trabajar. Con una escasa formación empezó su vida laboral con trabajos relacionados con la hostelería y el peonaje en el campo. Finalmente decidió proseguir sus estudios de educación primaria, para ello se matriculó en la escuela de adultos y compatibilizando sus estudios con su trabajo llegó a obtener el Graduado Escolar.

Tras la obtención del título y siguiendo fiel a su mentalidad y personalidad inquietas siguió buscando trabajo tanto cerca como lejos del domicilio familiar, y acabó trabajando en un hotel del vecino Principado de Andorra respondiendo a una oferta de empleo hecha a través de una empresa de trabajo temporal. Tras el contrato temporal y una vez ganada la confianza de la dirección del hotel se estableció definitivamente en Andorra, donde siguió trabajando unos años como empleado del mismo Hotel.

La casualidad quiso que en uno de sus viajes a casa por motivo de la boda de un familiar, en el transcurso de la celebración comenzara una conversación con el director

del hotel donde se celebraba el banquete de bodas, y tras una larga charla en la que pudieron hablar de trabajo y otras cosas, le ofreció un puesto en su negocio. El hecho de que le surgiera la oportunidad de trabajar más cerca de su familia y amigos como encargado de la recepción de este nuevo hotel hacía que la vida le sonriera, ya que no sólo podría estar más cerca de los suyos, además había conseguido un mejor puesto de trabajo. El esfuerzo hecho en los últimos años había merecido la pena, aunque sorprendentemente fue en este nuevo escenario, que aparentemente mejoraba sus expectativas de vida para el futuro donde sufrió nuestro protagonista su primer episodio depresivo.

Como siempre en estos casos, tanto las primeras crisis como las recaídas importantes, se tratan en primer término en la unidad de corta estancia del hospital, también conocida como unidad de agudos, y una vez resuelto el momento de mayor intensidad de la enfermedad, que en el caso de la depresión puede traer intentos de suicidio y otras conductas autodestructivas, se da paso a un periodo de estabilización en el Hospital de Día o en la Unidad de Media o Larga Estancia, dependiendo del ritmo de recuperación y estado de cada persona, antes de pasar a los niveles de asistencia ambulatoria o a los programas de rehabilitación y apoyo comunitarios diseñados específicamente para las personas que padecen este tipo de patologías.

Así pues, tras pasar por la estabilización primaria de los síntomas más graves en la unidad de agudos y tras un periodo de tiempo en el Hospital de Día, nuestro protagonista fue derivado a los servicios de atención ambulatoria psiquiátrica del sistema público de salud. Pero aunque recibió el alta hospitalaria ya no se vio con fuerzas y ánimo para volver a su anterior puesto de trabajo en la recepción del hotel y decidió renunciar a su puesto.

En estos difíciles momentos, cuando tenía que superar las dificultades que le planteaba su nueva situación se dio cuenta de que tendría que afrontar cambios en su vida y de que para ello necesitaría ayuda y apoyo tanto de su entorno más cercano como de los profesionales que le tratarían desde el servicio ambulatorio. Afortunadamente contaba con el apoyo de su familia, tanto económico como moral y la suerte quiso que la psiquiatra que se ocuparía de su caso, con el tiempo, conectara con él tanto como para formar parte de su círculo de confianza.

Fue después de ganarse su confianza cuando pudo animarlo a volver a buscar un trabajo y a luchar por lograr mayores niveles de autonomía, que inevitablemente iban a traer aparejadas una mejora de su autoestima y nuevas oportunidades de establecer relaciones sociales fuera del círculo compuesto por su familia más cercana y los profesionales de atención directa.

Cuando se decidió a aceptar el reto de comenzar realmente su rehabilitación, su psiquiatra lo puso en contacto con la Fundación Agustín Serrate y solicitó a través de la Comisión de Ingresos del sector Sanitario de Psiquiatría de Huesca su derivación a los servicios de atención comunitaria que gestiona esta organización, más específicamente al servicio de acompañamiento al empleo ordinario (AEO), por considerar que su experiencia laboral previa, sus capacidades y sus habilidades sociales no hacían necesario el paso previo por los talleres ocupacionales, destinados a personas que debían empezar itinerarios con objetivos más básicos que los que merecía nuestro hombre.

Así pues, una vez empezado con decisión su itinerario, con el apoyo de su familia y su psiquiatra empujándolo hacia delante, puso toda la carne en el asador y se decidió a reconvertirse laboral y personalmente para conseguir otra vez un empleo y retomar de nuevo las riendas de su vida.

Durante este periodo, y desde que tuviera su primera crisis, vivía en casa de una de sus hermanas en su pueblo de origen. Esto suponía que debía añadirse el esfuerzo de los desplazamientos hasta la ciudad, donde inevitablemente se encontraban todos los servicios de apoyo y formación y dónde encontraría mayores oportunidades laborales y relacionales.

Su primer objetivo fue retomar los estudios donde los dejó y haciendo uso de los recursos propios y públicos a su alcance se matriculó de nuevo en la escuela de adultos con la intención de obtener el graduado en educación secundaria (ESO). Para ello, además de acudir regularmente a las clases y poner todo su esfuerzo desde su casa, recibió apoyo y ayuda desde el servicio de AEO de la Fundación Agustín Serrate hasta que culminó con éxito este objetivo.

Una vez conseguida la ESO, y con la intención de seguir manteniéndose ocupado como prevención activa frente a la posibilidad de recaídas, dedicó unos años a realizar labores de voluntariado con organizaciones sociales, especialmente con la Cruz Roja, al mismo tiempo que seguía formándose para abrir su abanico de oportunidades profesionales. De este modo ampliaba sus posibilidades de establecer nuevas relaciones sociales y seguía manteniéndose como sujeto activo dentro de su entorno, hecho en sí que supone un esfuerzo, aunque muy necesario por todo lo que aporta para mantener alta la autoestima y permitir que la persona siga sintiéndose capaz y confiada como para tomar sus propias decisiones.

Dentro de las acciones formativas abordadas, a raíz de varios cursos de ofimática, se interesó especialmente por la informática, ésta además de despertar su interés y satisfacer su curiosidad le proporcionaba un pasatiempo motivante para los ratos de ocio en solitario de los que disponía en su pueblo de residencia y por otro la posibilidad de entablar nuevas relaciones a través de las redes sociales que le permitían compartir sus problemas y necesidades además de mantenerlo conectado con el mundo cuando no se sentía con fuerzas como para salir de su casa y moverse hasta la ciudad.

Durante este proceso de formación continua y ocupación constante del tiempo surgió una oferta a través del INAEM, era el primer fruto de su activa búsqueda de empleo y se trataba de un proceso de selección para trabajar en una ferretería. Era la primera oferta seria de empleo desde que entró a formar parte del servicio de AEO, por lo que se preparó a conciencia para la entrevista y finalmente consiguió resultar seleccionado para cubrir el puesto

Pero este no era su objetivo final, él quería algo mejor y no estaba dispuesto a conformarse con el primer empleo. Por ello siguió apuntado en el INAEM para mejoras de empleo y siguió acudiendo al servicio de AEO con el mismo objetivo. Fue trabajando en la ferretería cuando se enteró a través del servicio de AEO de que próximamente iban a salir unas plazas para el Ayuntamiento, concretamente para el servicio de limpieza urbano, a lo que respondió con inmediatez y sin perder ni un día comenzó a trabajar en los temarios y a preparar las pruebas teóricas y prácticas, con el apoyo y colaboración de la responsable de dicho servicio de acompañamiento.

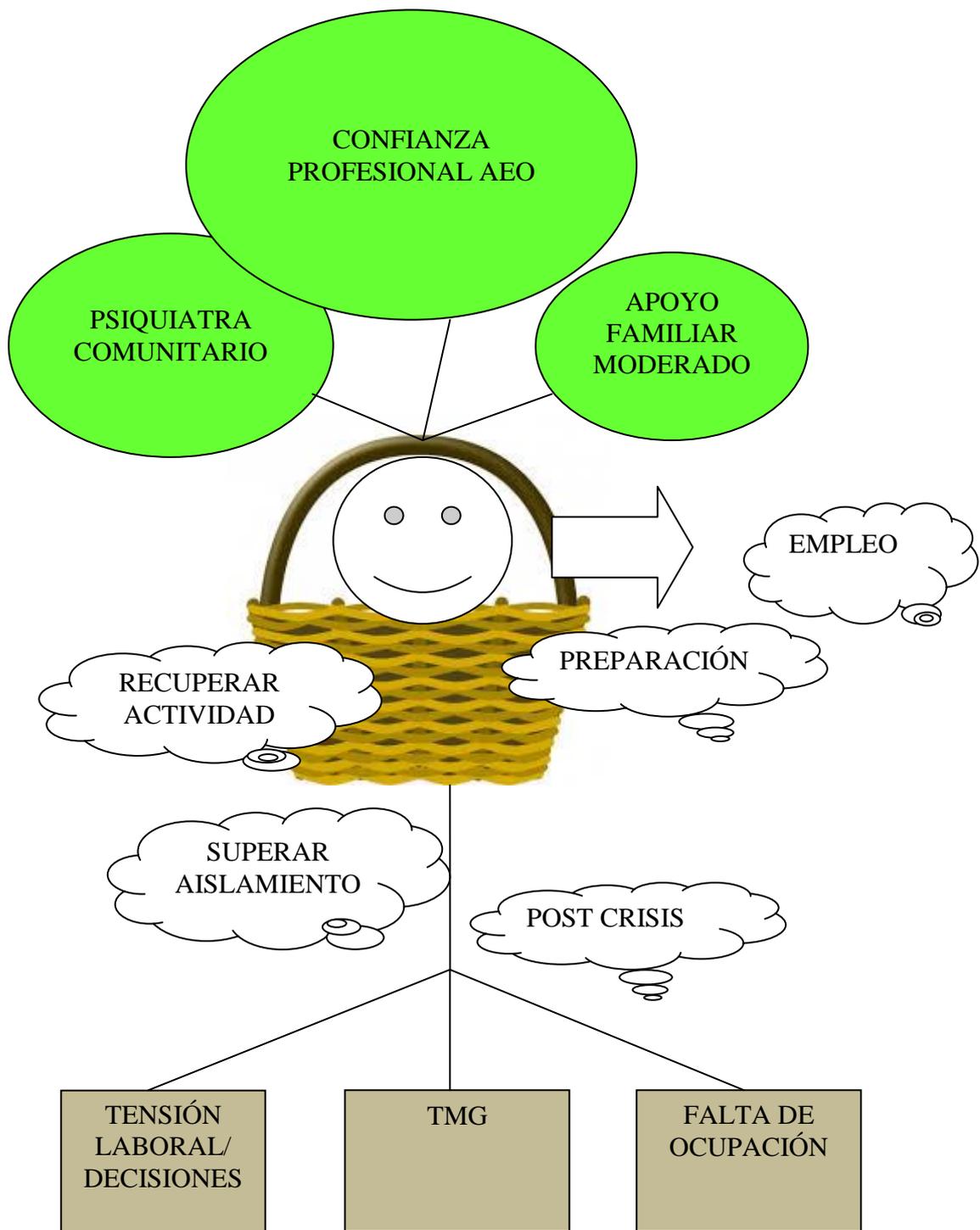


Gráfico 3 – Historia 2 Fuente: Elaboración propia

Tras unos pocos meses de preparación, enfrentó el proceso de selección y de nuevo consiguió superar la prueba y ser propuesto para una de las plazas que salieron a concurso. Este fue un momento de especial dificultad, ya que debía dejar su trabajo en

la ferretería, y aunque había tenido claro que quería mejorar sus condiciones laborales, el cambió requería abandonar un lugar de trabajo donde había encontrado estabilidad y aceptación, y en cierta manera sentía que estaba traicionando a la primera persona que confió en él para darle un trabajo después de caer enfermo.

Esta decisión, que todavía hoy recuerda como una de las más duras de su vida, fue tomada con el ánimo y apoyo de su familia y de los profesionales de atención directa y de inserción comunitaria, y supuso su ingreso como empleado municipal. Este trabajo no sólo le proporcionó un mejor sueldo, sino que le dio más tiempo, tiempo que ya no resultaba dañino para él, ya que no quiso dejar de mantener la ilusión que le había llevado a recuperarse, y todavía hoy, después de doce años trabajando en el servicio de limpieza sigue estudiando a distancia, satisfaciendo su curiosidad y sentando las bases de otra posible mejora de empleo.

Nuestro hombre, que empezó esta historia con 16 años comparte con nuestra anterior protagonista un gran espíritu de superación y el apoyo, aunque en menor medida, de su familia, su psiquiatra y la encargada de AEO de la Fundación Agustín Serrate, y también al igual que en la anterior historia ha conseguido ponerse por encima de las dificultades para conseguir encontrar trabajo, conseguir su recuperación convirtiéndose en una persona independiente y autónoma que se ha reencontrado en el papel de timonel de su propia historia.

En el posterior diagrama se observan los componentes catalizadores, los frenos y las diferentes etapas de esta historia. Así podemos marcar como elemento de esencial importancia para lanzar a una persona hacia su recuperación el establecimiento de un vínculo de confianza con el responsable sanitario ambulatorio asignado, ya sea un psicólogo o un psiquiatra, por su acceso a los servicios existentes y por su conocimiento sobre la problemática que puede afectar a los procesos de recuperación y que dependen tanto de la propia patología como de las características personales y el entorno de cada persona.

También se evidencia en esta segunda historia la importancia de crear y mantener algo que motive al cambio, algo que resulte atractivo para la persona afectada por un TMG, y debe resultar tan atractivo como para conseguir desplazarlo de la dañina burbuja

protectora que supone el aislamiento del resto de la sociedad. Esta motivación ha permitido abordar actividades formativas que además de ser ocupacionales estaban orientadas a una mejora palpable de futuro: sueldo, autonomía, independencia, etc.

En este caso también vemos el papel del apoyo familiar, que si bien no responde a la intensidad de la primera historia, sí que permitió a esta persona abordar su proceso de recuperación desde la tranquilidad que supone tener cubiertas las necesidades básicas de vivienda, alimentación y ropa, que difícilmente puede satisfacer por sí misma una persona que cobrando una pensión no contributiva (alrededor de 400 €) tenga que abordar, alquiler, alimentación, ropa, medicación y otros gastos, como los derivados de la propia formación y búsqueda activa de empleo.

Entre los escollos más evidentes debemos nombrar por un lado los efectos negativos que tiene para una persona con las patologías recogidas entre los TMG el estar sin una ocupación que obligue a cumplir una estructura básica de horarios y fechas así como a relacionarse con otras personas fuera de la enfermedad. En esta historia hemos podido observar el esfuerzo de su protagonista, que relleno su tiempo con actividades de voluntariado, acciones formativas, visitas a los servicios de AEO y al INAEM, y tareas pendientes que llevarse a casa para evitar caer en el desánimo al que puede conducir la falta de ocupación y la sobra de tiempo para pensar en negativo.

Otro de los posibles frenos a los que se enfrenta una persona con TMG durante su proceso de recuperación es la tensión, ante la cual son una población especialmente sensible, producida por la falta de trabajo, las pruebas de selección para un puesto o incluso, como hemos visto, la necesidad de decidir entre dos trabajos.

Entre las etapas que ha tenido que superar nuestro protagonista, que pueden ser representativas de muchos otros procesos de recuperación, se observa cómo se ha pasado por una etapa de estabilización de los puntos más graves o agudos de la enfermedad, una segunda fase de lucha contra el aislamiento que muchas veces es parte importante de la ruptura social que supone un TMG, en tercer lugar por una preparación para retomar la actividad, que debe incluir además de formación otros objetivos como la conciencia de enfermedad y de las propias debilidades y riesgos, así como el desarrollo de nuevas habilidades de autocuidado o relacionales entre otras.

Una vez recuperado un nivel adecuado de actividad y relaciones es el momento de abordar un nuevo estadio hacia el empleo como fuente de nuevos objetivos de autonomía por lo que la independencia económica de unos ingresos mínimos supone para todos, enfermos o no.

Merece la pena señalar que al igual que en el globo aerostático utilizado para representar gráficamente el camino de la recuperación, tanto los elementos que empujan hacia la misma como los frenos señalados siguen presentes, por lo que los apoyos deberían mantenerse, aunque con menor intensidad, para garantizar que la recuperación sea duradera.

6.1.3.- HISTORIA 3 “VOY A SUPERARME A MÍ MISMO”

La tercera historia, último recorrido vital analizado, empieza mucho antes que las anteriores, se trata de una historia que tiene su inicio en la niñez, en el seno de una familia desestructurada donde su protagonista no siempre contó con la presencia de sus padres. Así nuestra historia comienza con un recorrido infantil por diferentes orfanatos y colegios religiosos donde la atención institucional suplía los cuidados de la familia. Las estancias en orfanatos se iban alternando con épocas en su entorno familiar, y una vez superado el graduado escolar paso lo mismo con estancias en colegios religiosos que se dedicaban a la formación de pre-adolescentes que vivían en situaciones sociales complicadas.

Este devenir entre instituciones y familia duró hasta sus diecisiete años, momento en el cual pudo empezar a trabajar como aprendiz de encofrador, al mismo tiempo que acaba sus estudios de formación profesional en jardinería desde la institución religiosa que en esos momentos y hasta la mayoría de edad le acogía.

Al cumplir los 18 años, nuestro protagonista volvió a casa y durante un año siguió trabajando en diversas actividades más relacionadas con la construcción que con la jardinería, al mismo tiempo que siguió formándose a través de los cursos que ofrecía el INEM relacionados con la actividad de la jardinería.

Este fue un año de difícil convivencia familiar, marcado por continuas discusiones y riñas por parte de su padre, que después de una fuerte discusión terminó por echarlo de

casa. Este difícil trance le dejó frente al mundo sin apoyos, sin recursos y en una edad en la que ya no era posible acceder a las instituciones y recursos que en ocasiones similares le habían acogido. Ante este panorama nuestro protagonista busco una pensión y trabajo y comenzó su vida en *solitario*.

Tras unos meses de supervivencia por medio de trabajos de poca monta que le permitían llegar a final de mes a duras penas se encontró sin dinero ni ocupación y tras caer en el primer episodio depresivo no diagnosticado de su vida no encontró más salida que la mendicidad, convirtiéndose su forma de vida en un constante deambular de pueblo en pueblo y ciudad en ciudad.

Se abrió aquí un periodo de cuatro años en el cual nuestro protagonista vivió, por orden, entre los refugios y calles de Madrid, Barcelona, Castellón de la Plana, Valencia, Perpiñán, Córdoba y Huesca, amén de otros destinos menores en sus desplazamientos. Este periodo de intenso sufrimiento por la depresión fue acompañado por un problema de alcoholismo que no hizo más que agravar la sintomatología del trastorno mental grave del que más tarde sería diagnosticado.

Volviendo al viaje de nuestro vagabundo nos encontramos en Huesca, y es en este destino, desde ese momento y hasta la actualidad su lugar de residencia, dónde conocerá a un fraile que supondrá un importante punto de inflexión en su devenir. Este fraile en particular, dedicado por medio de su orden a la atención de las personas más desfavorecidas, se las ingenió por medio de sus influencias, convencido de las posibilidades de recuperación de nuestro vagabundo, para conseguir que le alargaran su estancia en el albergue municipal y conseguirle primero un trabajo como guarda de seguridad y más tarde una habitación en uno de los pisos que gestionaba por aquél entonces la organización eclesiástica Caritas Diocesanas.

Este cambio de vida, que fue acompañado por una desintoxicación alcohólica, permitió que, ya con una residencia y un padrón fijo, se le asignara un médico de referencia, que no tardó en derivarlo al especialista en psiquiatría, quién a su vez lo diagnóstico por primera vez como persona con TMG, concretamente con trastorno depresivo mayor. El momento del diagnóstico, si bien siempre es un jarro de agua fría para quién lo sufre, supuso otro paso adelante con el inicio de un tratamiento farmacológico, un sistema

periódico de visitas al psiquiatra, y su derivación a los recursos comunitarios de la Fundación Agustín Serrate.

Este caso en concreto muestra muy claramente la relación entre los aspectos social y sanitario de la enfermedad mental. La única diferencia entre muchas de las personas que son atendidas por los servicios sociales de la administración y los que son atendidos en los servicios de integración comunitaria para personas con enfermedad mental grave es el diagnóstico por parte de un psiquiatra, y los tratamientos efectivos en ambos casos pueden ser muy similares en objetivos y metodología y también en cuanto a sus programas, ya que en ambos casos abordan la recuperación de relaciones sociales, la búsqueda de empleo, el apoyo domiciliario o residencial, el autocuidado, etc.

Una de las características que hace especial esta historia es que su entrada en los programas comunitarios se hizo en los inicios del programa laboral que se analizará en esta tesis, y fue a través de los cursos de jardinería que como se ha dicho anteriormente desembocarían en la creación de Integración Laboral Arcadia SL. Así pues nuestro protagonista estuvo en los cursos y talleres durante cinco años, y cuando se creó el susodicho centro especial de empleo formó parte del grupo de personas con TMG seleccionados para comenzar esta experiencia.

Si el ingreso en los cursos de jardinería supuso para él la oportunidad de retomar su verdadera vocación, el paso al nivel de contrato fue una satisfacción que reactivó su autoestima y su confianza, despertando de nuevo en él sus ganas de superarse. El nivel contractual, que se inició con un contrato a prueba de seis meses, abría nuevas puertas y un horizonte más ambicioso de cara al futuro.

Al tener ingresos económicos ya no dependía tan intensamente de las instituciones, y si bien seguía haciendo uso de los programas de apoyo residencial y de centro de día como parte de su programa de recuperación, lo hacía como sujeto activo y más independiente, lo que le permitía jugar un rol activo en las decisiones que le concernían, facilitando sobremanera la adaptación del recorrido rehabilitador a sus objetivos y necesidades reales como persona.

Durante su adscripción a los servicios de integración comunitaria, al tiempo que se rehabilitaba adquiriendo las destrezas y habilidades necesarias para vivir alejado del

ambiente protegido de estos programas, conoció a una persona que vino a cubrir uno de los déficits más difíciles de superar, se trata de una persona que supondrá el cambio de una vida en solitario a una vida en familia. Esta persona que desde ese momento sería su compañera y pareja aportó a nuestro protagonista el afecto, la compañía, la comprensión y el apoyo que las instituciones y programas no pueden ofrecer. A partir de este momento tenía una familia, ya que tanto su pareja como la familia de su pareja lo aceptaron como uno más de su círculo familiar, y siempre lo han apoyado en sus momentos de flaqueza y lo han acompañado en sus instantes de alegría.

El cambio en su vida, a través de tres personas diferentes, había sido notable en todos los aspectos, estaba acompañado y apoyado afectiva y profesionalmente, tratado en pleno proceso de rehabilitación y era independiente por medio de un trabajo que respondía vocacional y económicamente a sus necesidades. Este es un momento en el que habría sido muy cómodo dejarse llevar y no intentar cambiar nada, más si cabe si tenemos en cuenta la referencia vital personal de una persona que venía de la indigencia, el sufrimiento y la soledad, pero es aquí cuando el cambio interior que se había dado en él se hace más visible a través de sus expectativas.

Estamos ante una persona que ya no se conforma con cualquier cosa, estamos ante alguien que ha superado la sintomatología de su trastorno y muestra ambición, seguridad y optimismo ante el futuro, y tal es así que se propuso prepararse para conseguir otro trabajo principalmente por dos razones; la primera razón es porque se sabía capaz y preparado de asumir un trabajo fuera de la estructura laboral protegida y la segunda porque consciente del cambio que había supuesto para él el paso por el programa de Arcadia, de la limitación de plazas en estos programas y de la cantidad de gente que necesitaba acceder a este tipo de recurso le parecía que debía dejar paso y dejar su puesto libre para otro que lo necesitará como él lo había necesitado anteriormente.

Así pues, a través del servicio de acompañamiento al empleo ordinario de la Fundación empezó a prepararse para las plazas de jardinero que cíclicamente iban saliendo en el Ayuntamiento de Huesca, y tras un proceso de selección para una plaza de seis meses, abandonó la plaza que había ocupado en el taller de jardinería del CEE Arcadia durante once años. Durante estos seis meses, nuestro protagonista puso todo su empeño en

demostrar su valía y dejar buen sabor de boca, sin descuidar su preparación para convocatorias posteriores, y de este modo los seis meses se convirtieron en doce y la suerte quiso que mientras trabajaba saliera a concurso una prueba para interinidades, que también aprobó. Si bien no era funcionario sí que logró una posición en las listas del Ayuntamiento que le ha permitido trabajar con bastante regularidad los últimos años, tiempo en el cual ha seguido orientando su formación a la jardinería y sus diferentes especialidades.

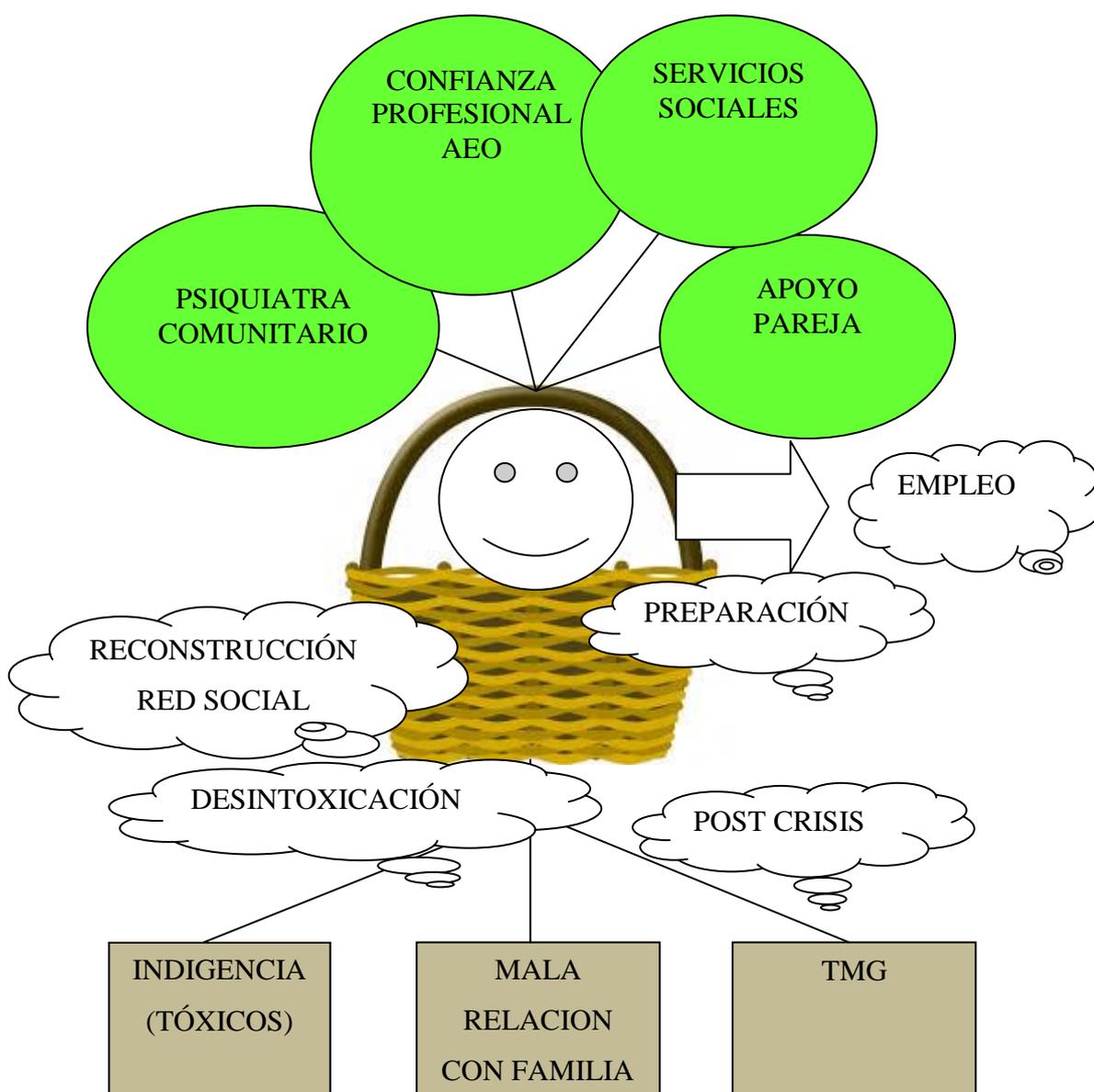


Gráfico 4 – Historia 3 Fuente: Elaboración propia

Su espíritu de mejora continúa vigente, y con el apoyo de su nueva familia, ha superado varias crisis con pequeñas bajas y sin necesidad de ingresos. Sigue apuntado en el

INAEM para mejora de empleo y respecto a su enfermedad gestiona su estabilidad a través de profesionales de su confianza en el Centro de Día Arcadia y en la consulta de su psiquiatra. Además sigue adscrito al servicio de AEO, que le informa de puestos y plazas que pueden ser de su interés y para las que está preparado y le ayuda en aquello que necesite relacionado con las gestiones laborales.

En el ámbito afectivo se siente muy apoyado al mismo tiempo que apoya a su pareja, a la cual cuida con mimo, consciente de lo que para él ha supuesto sumar el elemento familiar a su círculo de apoyos.

Esta historia ha mostrado a una persona que ha superado situaciones adversas desde la niñez y ha permitido observar un itinerario completo, dentro del programa laboral de la Fundación Agustín Serrate, de una persona que no ha tenido los apoyos familiares iniciales de nuestros anteriores protagonistas pero que ha encontrado el camino para llegar a una vida autónoma e independiente de la que se siente muy orgulloso.

En el análisis de sus motores hacia la recuperación podemos observar especialmente las figuras profesionales del fraile que lo sacó de la indigencia y del psiquiatra que lo diagnosticó y le puso tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial, y en el plano afectivo su pareja, que le dio el acompañamiento fuera de la institución que le permitió dar el paso a una vida más normalizada y *sana*.

Como frenos a su recuperación hemos identificado la indigencia y los tóxicos, así como la soledad y la falta de apoyos que vinieron a cubrir las figuras profesionales y personales que ya se han nombrado.

6.2.-DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN LOS DISCURSOS.

A través de estas tres historias se han podido observar tres diferentes itinerarios que han llevado a sus protagonistas hasta la consecución de un puesto de trabajo. Si bien los tres procedían de ambientes diferentes y han mostrado distintas necesidades se pueden extraer algunas líneas coincidentes de sus discursos que pueden servir para construir más adelante el andamio de los apoyos sociales disponibles que ayude a diseñar una propuesta de itinerario laboral que se adapte a las diferentes realidades que representan estas historias.

6.2.1.- EL VALOR DE LOS APOYOS.

En los tres discursos se puede observar la importancia que desde el punto de vista de sus protagonistas se da al apoyo familiar y profesional en el proceso de búsqueda y mantenimiento de un empleo. El apoyo a las personas es uno de los principios que acompaña el concepto de recuperación (Davidson, 2008) y como tal es percibido por los protagonistas de los tres discursos.

En la historia uno, donde el apoyo familiar de padres y hermanos es constante y muy intenso acompañando, apoyando y motivando a la protagonista, se reconoce su influencia como elemento de contención de vital importancia en todo el recorrido y como parte indispensable para animar a conseguir los distintos objetivos que han marcado diferentes etapas en el proceso de recuperación. Se extrae del discurso su importancia sobre todo en los momentos de duda y crisis, así como en el acompañamiento tanto afectivo como personal en todo el recorrido hasta la consecución del empleo y la entrevistada sigue reconociendo su importancia durante el tiempo que lleva empleada.

En la historia dos, la familia (hermanas) juega un papel igualmente importante, ya que es la encargada de dar sobre todo soporte material a nuestro protagonista en la vida diaria al compartir la vivienda con el mismo y también afectivo al proporcionar la seguridad y confianza necesaria para disminuir el miedo al abandono y reducir la sensación de soledad. En este caso, si bien no se aprecia el papel del entorno familiar como motivador si se reconoce su labor de apoyo como estabilizador de la vida diaria que permite al protagonista poner su esfuerzo en metas de superación como el empleo.

Llegando al tercer caso, donde el entorno familiar no ha jugado ningún papel positivo hasta el momento en que el protagonista encuentra pareja y conforma un nuevo entorno familiar, se puede ver al igual que en las dos anteriores historias la importancia que se le otorga a disponer del mismo como apoyo durante el proceso de recuperación. En ella el protagonista narra cómo, aunque no ha podido sentirlo en primera persona en la mayor parte de su vida si ha podido experimentarlo a través de su pareja. Estos apoyos para él influyen especialmente en las personas inmersas en este tipo de procesos de

recuperación sobre todo en momentos de crisis, cuando es más fácil perder la motivación y tirar la toalla.

Se evidencia pues la importancia de los apoyos familiares en las tres historias tanto en su presencia como en su ausencia, y si nos fijamos en los apoyos profesionales también encontraremos coincidencia en su importancia, a la vez que en la definición de la actitud preferida por parte de los profesionales.

A este respecto podemos extraer de la historia 1 que las relaciones profesionales paciente/médico y usuaria/asesora de empleo son consideradas indispensables para la consecución y conservación del empleo y desde el punto de vista de la protagonista es valorada muy positivamente la cercanía y confianza en el trato, así como la actitud positiva y de apoyo y la disponibilidad mostrada a lo largo de todo el proceso.

En la segunda historia, en la que también se hace referencia tanto al psiquiatra como a la encargada de Acompañamiento al Empleo Ordinario de la Fundación igualmente se pone énfasis en lo provechoso de una actitud positiva que empuje hacia la superación y lo cómodo de tratar con profesionales que se relacionan desde el respeto y el trato cercano.

De nuestra tercera historia también podemos extraer la valoración positiva de un trato cercano, y esto desde una persona que ha tomado como referencia positiva además de a su psiquiatra y a su asesora de empleo a la trabajadora social del Centro de Día de la Fundación. En este caso, en el cual como hemos visto anteriormente no dispone de tantos apoyo familiares, el estilo de trabajo abierto y cercano de la trabajadora social supusieron un importante pilar para el mantenimiento de su puesto de trabajo en algunos momentos de mayor debilidad, y suponen para el entrevistado una evidencia de la necesidad de tener una puerta abierta donde acudir con confianza en momentos en que la enfermedad toma fuerza para evitar que desemboquen en crisis o bajas laborales de larga duración.

Se observa cómo antes de proponer metas muy ambiciosas en los procesos de rehabilitación es necesario asegurar que la persona tenga un círculo de apoyos adecuado, bien sea familiar, para lo cual se debe prestar atención y dedicar los recursos necesarios a la atención y apoyo familiar, o bien profesional, para lo cual se debe

asegurar una red de apoyos disponibles de referencia que den la suficiente cobertura (centro de día, acompañamiento al empleo ordinario, psiquiatra, psicólogo, etc.) al acompañamiento en la rehabilitación.

Todos los escalones de un proceso de rehabilitación van a necesitar de un apoyo y seguimiento continuo con una intensidad que dependerá del círculo de apoyos que rodea a cada individuo y de la situación en que se encuentre en cada momento. No será necesaria la misma intensidad de intervención y apoyo en el inicio de la primera historia (convivencia en un entorno familiar que la protege y apoya, relación continua y cercana con su psiquiatra, formación universitaria, adhesión a un programa de Acompañamiento al Empleo Ordinario específico para personas con enfermedad mental) que en el inicio de la tercera (vida en la indigencia, sin apoyos, sin conciencia de enfermedad y sin tratamiento psiquiátrico).

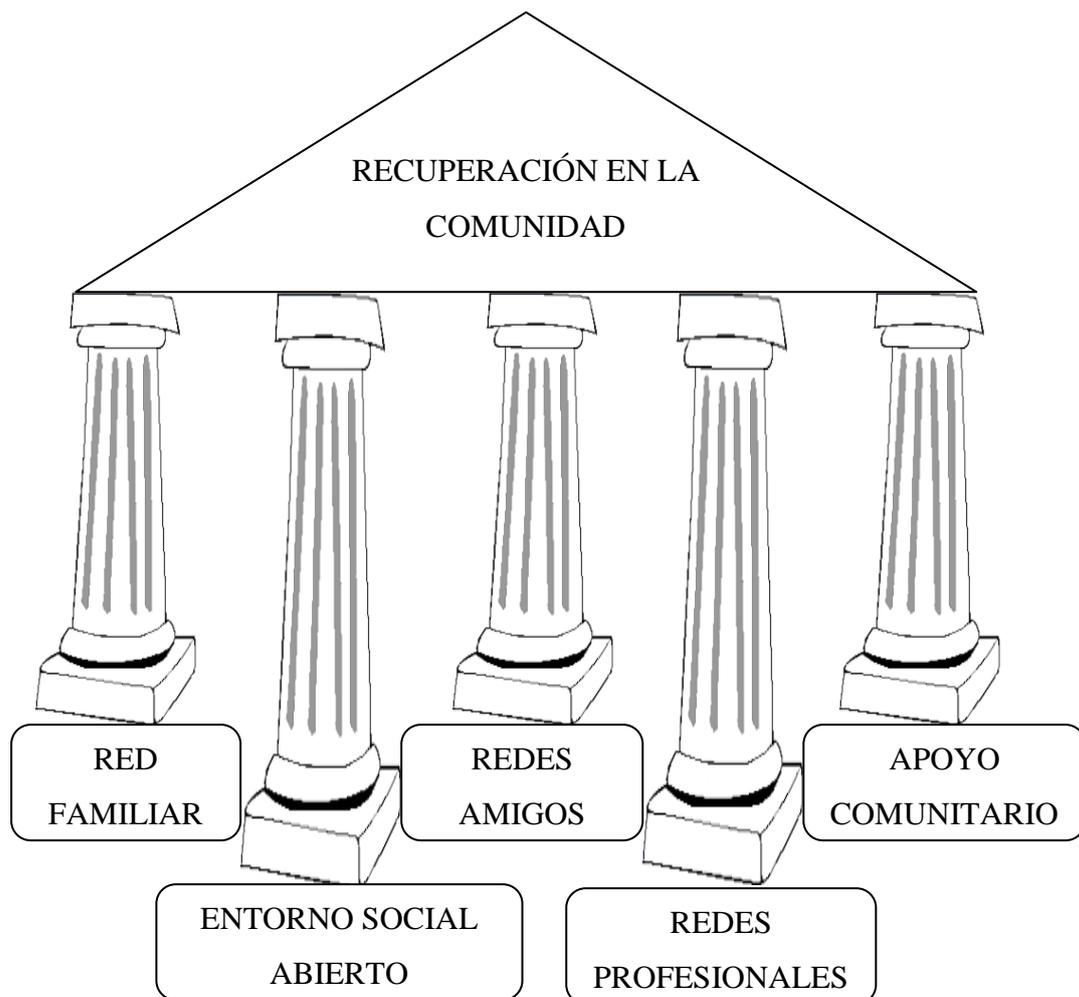


Gráfico 5 – Apoyos a la recuperación. Fuente: Elaboración propia

Esto refleja la importancia de la elaboración y actualización continua de un proyecto individual de rehabilitación (PIR) y la necesidad de que un programa integral de recuperación tenga distintas puertas de acceso para acoplarse en los distintos niveles de exigencia, desde los más básicos hasta el seguimiento de las personas que ya han conseguido un empleo fuera del programa. Lo cual exige a su vez generar mecanismos de coordinación y comunicación que permitan la colaboración y el intercambio de información entre los responsables de los distintos niveles para poder ir avanzando sin descuidar lo conseguido en fases anteriores.

Habrá que asumir entonces que hay unos gastos asociados de seguimiento y apoyo a medio plazo, ya que al igual que un edificio necesita un mantenimiento tras su entrega se debe asegurar un seguimiento de todos los niveles tras culminar este proceso de recuperación, pues el resquebrajamiento de cualquiera de los niveles pondría en riesgo todos los avances conseguidos.

6.2.2.- MOTIVACIÓN PARA LA SUPERACIÓN

Analizando las tres historias también se puede observar la necesidad de generar y mantener una motivación por superarse a lo largo de todo el proceso de recuperación y se pueden extraer de los discursos diferentes elementos que han resultado motivantes tanto a la hora de iniciar dicho proceso como más adelante en el desarrollo temporal del mismo.

Uno de los elementos que coinciden en valorar positivamente los tres entrevistados es el hecho de tener algo que hacer todas las mañanas, el tener una obligación que tire de la persona hacia adelante para superar la apatía y evitar que se venga abajo, y esto supone que una obligación como la estructura horaria derivada de una actividad motivante, bien sea únicamente terapéutica-ocupacional o también productiva, resulte per se un factor motivante, o dicho de otro modo, un factor de cambio efectivo.

Por otro lado está la independencia, lo que tiene que hacer pensar en los modelos de atención que se ofertan y en la posibilidad de desmotivación que pueden suponer recursos especialmente asistencialistas y paternalistas. En los tres casos han hablado de lo motivante que resulta la independencia, y en los tres casos también esta

independencia estaba relacionada con los ingresos económicos; la independencia que supone tener un trabajo y ganar un sueldo en la primera historia; la libertad que da la posibilidad de pagarse un café o compartir sus caprichos en la segunda historia; y la capacidad de vivir autónoma e independientemente pudiendo afrontar los gastos derivados de la vida diaria en la tercera historia.

Esta relación con lo económico también lleva a pensar que un programa que pretenda ser motivante debe poner en valor el esfuerzo de la persona y ofrecer una recompensa motivadora al mismo, y que cuando el esfuerzo sea a través de una actividad productiva, como ocurre en un programa laboral, esta recompensa o reconocimiento debería ser económica para dar un valor real como resultado.

En los tres casos se coincide también en hacer referencia a la motivación de superarse a sí mismo, lo que se refleja en la particularidad de que los tres entrevistados siguen formándose con el objetivo de conseguir un empleo mejor. Mantener este punto de ambición frente a la abulia que puede suponer una enfermedad mental grave supone un reto durante todo el proceso de recuperación y debe ser un objetivo planificado dentro de los programas de rehabilitación que se debería mantener una vez recibida el alta de los mismos como parte del programa de mantenimiento y prevención de futuras recaídas.

Por último también se ha podido ver una coincidencia en la influencia sobre el orgullo y la autoestima que supone el conseguir un trabajo, y si bien esta mejora de la autoestima no se disfruta hasta el momento de su consecución no debemos dejar de trabajar con la autoestima derivada de que cada persona se sienta capaz de conseguirlo. Es por ello que debemos afianzar la fe en uno mismo y reafirmar el conocimiento de las capacidades y potencialidades reales de cada persona.

6.2.3.- LA ESTABILIDAD ANTES DEL CAMBIO

Otro de los puntos a extraer de los discursos es la necesidad de abarcar previamente el salto a un empleo otros aspectos rehabilitadores y recuperadores, bien al mismo tiempo que los estrictamente laborales o interdisciplinariamente a través de otras partes de los programas de rehabilitación. Estos aspectos identificados en la rehabilitación

psicosocial serían: mejora de los déficits cognitivos, actividades de la vida diaria, psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol, autoestima y ocio y tiempo libre (Sobrino y Rodríguez, 2007). Este trabajo previo es necesario para conseguir una estabilidad que permita enfrentar con ciertas garantías el reto de conseguir y mantener un empleo.

Se ha podido observar, especialmente en las historias 1 y 3, cómo en momentos de crisis en los que alguno de estos aspectos ha decaído, el proceso se ha visto amenazado o frenado hasta la subsanación del mismo, por ejemplo en momentos en que la autoestima ha bajado por algún motivo, y en las tres historias hemos podido observar cómo ha hecho falta un periodo previo de estabilización y entrenamiento antes de acometer la búsqueda de empleo. En la historia 1 hemos podido ver más claramente cómo ante situaciones de crisis y estancamiento ha hecho falta un nuevo proceso de estabilización antes de retomar la búsqueda de empleo.

Estos aspectos, contemplados como parte del todo que es la rehabilitación psicosocial, deberían trabajarse con la intensidad necesaria no sólo como parte del programa de rehabilitación sino también como parte de un programa de mantenimiento, incluso una vez que se ha conseguido un empleo, y así podemos verlo en las historias primera y tercera, en las que situaciones laborales anómalas o especialmente estresantes han podido provocar crisis y bajas laborales con el consiguiente sobre esfuerzo para volver a recuperar la estabilidad en el trabajo. A este respecto los dos protagonistas de las mismas se han mostrado especialmente sensibles a los modos de actuar de sus compañeros y responsables, tanto en positivo ante los halagos y aspectos beneficiosos de sus relaciones laborales como en negativo ante las críticas y conflictos laborales. Es por esto que sería interesante el poder llevar a cabo actividades formativas/informativas y de sensibilización en los ámbitos laborales y empresariales respecto a las necesidades que puedan derivarse de la enfermedad mental cuando una persona entra a formar parte de una plantilla.

También en cuanto a los problemas sufridos en el ámbito laboral, tanto la historia primera como la tercera reflejan la importancia de los apoyos afectivos y profesionales anteriormente mencionados, aspecto éste que puede suponer la diferencia entre un mal día y una baja.

6.2.4.- EL RIESGO DE ESTANCARSE

Otro problema que se debe enfrentar en un programa de rehabilitación y que se ha podido observar en estas historias es el riesgo de estancamiento en el proceso de recuperación por la falta de expectativas motivantes o reales. Aquí se tienen que enfrentar dos problemas; uno que depende en menor medida de los programas de rehabilitación sociolaboral, que es el relacionado con las posibilidades reales del mercado laboral y otro, en el que si existe una mayor responsabilidad de los susodichos programas, relativo a ofrecer expectativas motivantes a la vez que realistas para avanzar en el proceso de recuperación.

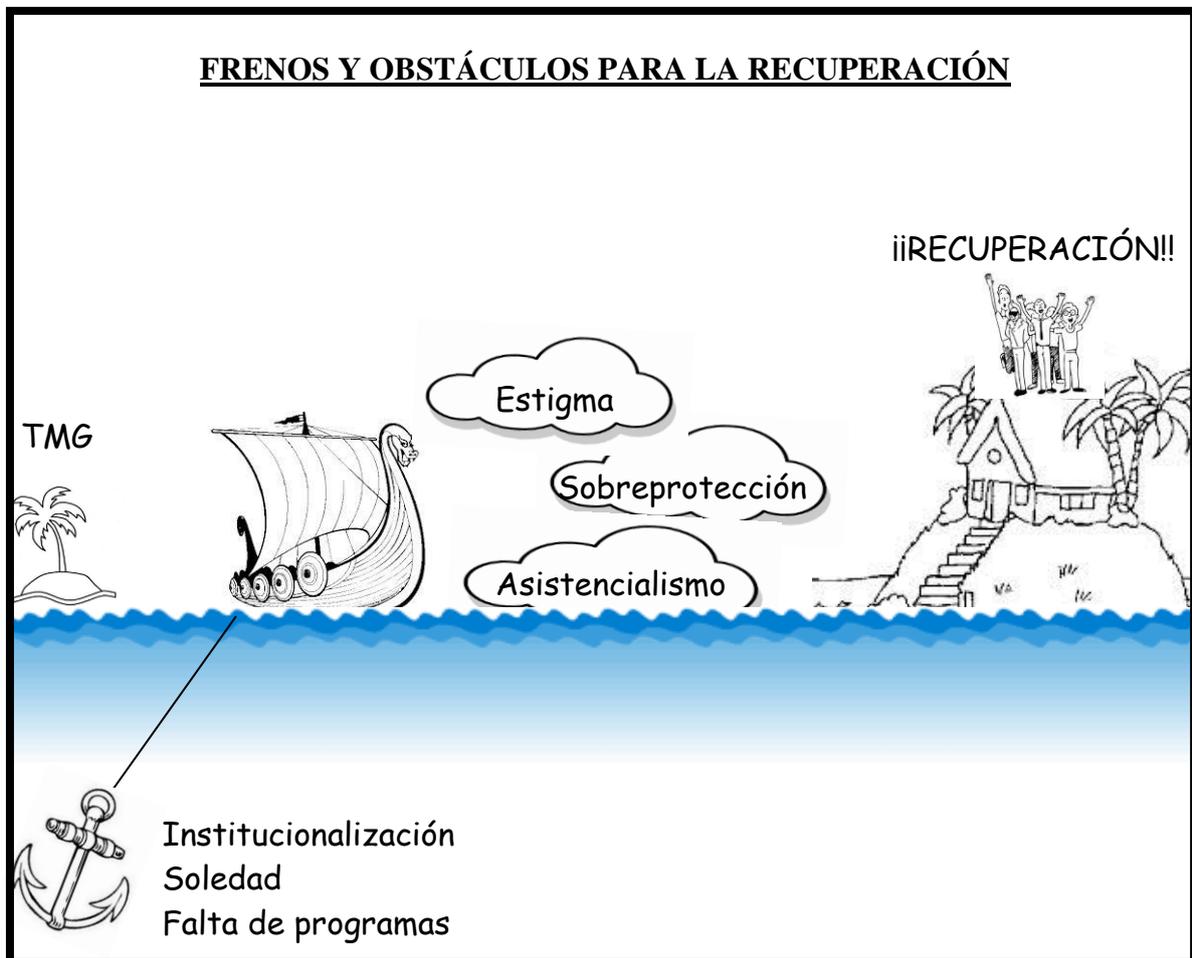


Gráfico 6 – Frenos y obstáculos para la recuperación Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la motivación, como nos mostraba la historia tres, se debe tener especial cuidado en no ofrecer estructuras demasiado asistencialistas que produzcan efectos no deseados como fomentar o apoyar la falta de independencia y autoestima acompañada

de la consiguiente desconfianza en las posibilidades de mejora de uno mismo y los ambientes excesivamente protectores que no dejan margen ni a la mejora ni a una recompensa suficiente como para motivar al esfuerzo.

Esto implica la necesidad de abordar la motivación de un modo individualizado como condición necesaria para la verdadera eficacia de los programas de rehabilitación, ya que será la única forma de que cada individuo se implique realmente en su proceso de recuperación sin estancarse en sentimientos de autocompasión reforzados por estructuras más cuidadoras que rehabilitadoras.

7.- IMAGEN SOCIAL DEL TMG EN LA SOCIEDAD.

Para construir la imagen social de las personas con TMG en la ciudad de Huesca se han empleado los resultados de las encuestas diseñadas como parte de la tesis y que fueron pasadas a una muestra del 1% de la población entre marzo y septiembre del 2012. El cuestionario se diseñó para segmentar los resultados en función de la edad y el sexo y se limitó en al menos el 1% de la población comprendida entre 20 y 69 años de la ciudad de Huesca según el patrón municipal 2011 (52.443 habitantes).

Los datos sobre población fueron tomados de la página web del IAEST (Instituto Aragonés de estadística) y del INE (Instituto Nacional de Estadística) y posteriormente convertidos en números que representaban el mínimo de encuestas a pasar por rango de edad y sexo para superar en todos los casos el 1% decidido.

| EDAD | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| VARON | 6,31% | 8,35% | 7,49% | 6,30% | 4,49% |
| MUJER | 5,90% | 7,89% | 7,78% | 6,94% | 5,04% |

Tabla 1: Porcentaje de habitantes por rango de edad y sexo. Fuente: IAEST.

| EDAD | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| VARON | 33 | 44 | 39 | 33 | 24 |
| MUJER | 31 | 41 | 41 | 36 | 27 |

Tabla 2: Habitantes que suponen el 1%. Fuente: Elaboración propia a partir de datos IAEST

Finalmente el número total de cuestionarios (440) superó los mínimos planificados (349), cubriendo en todos los rangos dichos mínimos.

Los cuestionarios a su vez fueron divididos en tres subgrupos de preguntas que ayudaron a profundizar en la imagen social en cuanto a la caracterización de la enfermedad, la posición ante su cercanía y la opinión sobre la enfermedad mental en cuanto a las limitaciones que supone para la persona que la sufre a nivel de convivencia y empleo.

En primer lugar cabe resaltar el alto porcentaje de personas que dijo conocer a alguna persona con enfermedad mental (65,36%) y que encaja con los altos índices de incidencia de este tipo de enfermedad detectados por las distintas instituciones. Recordemos que la OMS hablaba del 25% de la población y el Ministerio de Sanidad

del 19% con tendencia al alza al hacer estimaciones sobre cuantas personas sufrirían una enfermedad mental a lo largo de sus vidas. Por otro lado también el Ministerio de Sanidad español calculaba en un 9% las personas afectadas en 2006 en España por una enfermedad mental.

| Edad | Conoce Persona TMG |
|---------|--------------------|
| 20-29 | 67,07% |
| 30-39 | 75,00% |
| 40-49 | 67,00% |
| 50-59 | 56,96% |
| 60-69 | 60,78% |
| MEDIA | 65,36% |
| MEDIANA | 67,00% |

Tabla 3: Conoce persona con TMG/Grupos de edad. Fuente: Elaboración Propia.

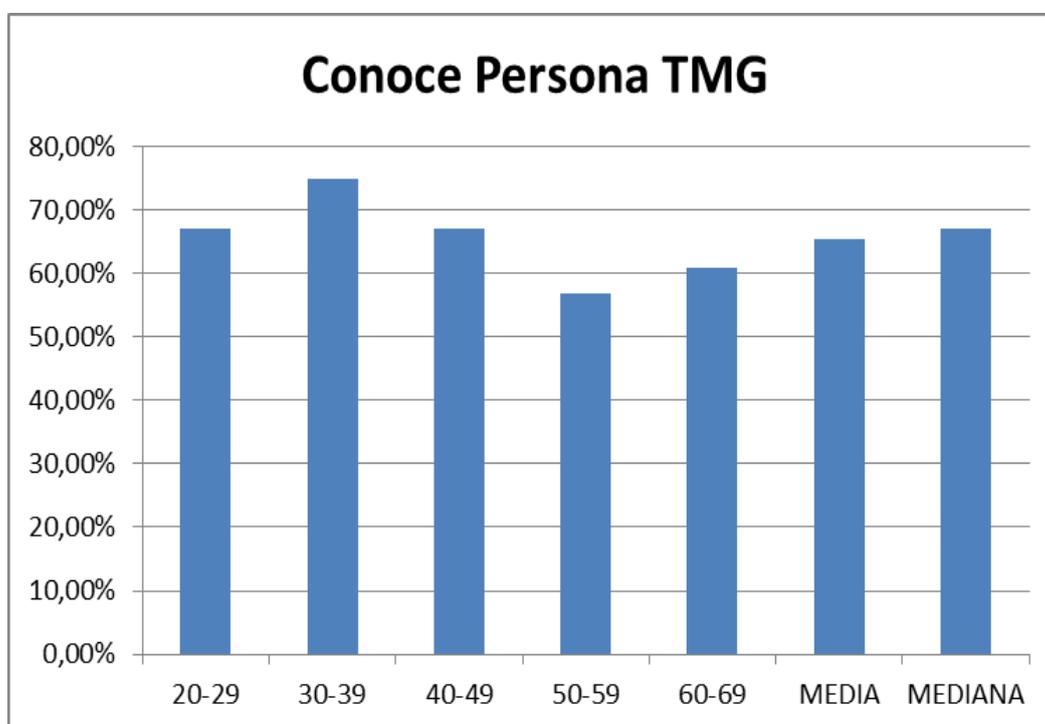


Gráfico 7: Conoce persona con TMG/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

7.1.- CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Se abordará en este apartado la explicación de los datos obtenidos en la parte destinada a la caracterización de la enfermedad mental analizando por separado los aspectos más significativos.

En primer lugar se van a enumerar las respuestas posibles que fueron añadidas al cuestionario específico con la intención de acotar la imagen social de la enfermedad mental: *Sufrimiento, Incapacidad, Inteligencia, Maldad, Sociabilidad, Vagancia, Bondad, Inadaptación, Soledad, Peligrosidad, Inmoralidad, Superable, Irreversibilidad y Otros*. Estas respuestas fueron elegidas tras un sondeo previo realizado previamente, también en la ciudad de Huesca, para una comunicación sobre estigma y enfermedad mental presentada en las jornadas de la Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial en octubre de 2008. Además también respondía a los principales componentes del estigma detectados en otros estudios respecto a la enfermedad mental como la peligrosidad o el retraso mental, a los que se hará referencia cuando se traten estos aspectos por separado. Es de resaltar a este respecto la gran cantidad de artículos y estudios colgados en la página creada desde la Junta de Andalucía para combatir el estigma asociado a la enfermedad mental www.1decada4.es.

Las siguientes gráficas muestran cómo las similitudes y diferencias en la construcción del concepto social de enfermedad mental con las piezas disponibles se hacen más patentes cuando segmentamos en relación a los grupos de edad que cuando lo hacemos en relación al sexo.

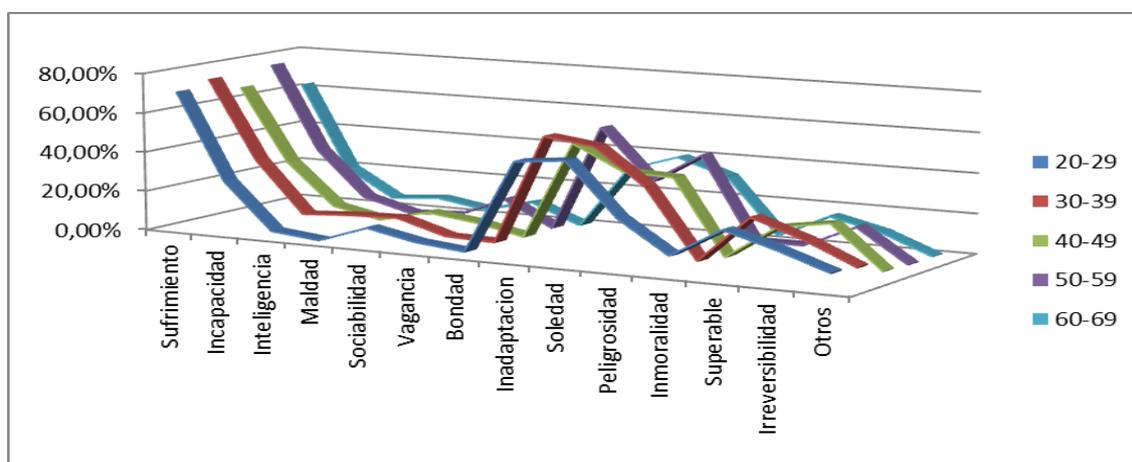


Gráfico 8: Concepto social por grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

Lo que sí que puede observarse en ambas gráficas (edad y sexo) es la coincidencia en seleccionar el sufrimiento como la principal característica asociada a la enfermedad mental, y también puede observarse que todos los grupos en que se ha segmentado la muestra, aunque en diferente medida, presentan un pico en incapacidad y en la triada compuesta por inadaptación, soledad y peligrosidad, así como otro pico en superable que se neutraliza en cierta medida con los resultados de su contrario irreversible.

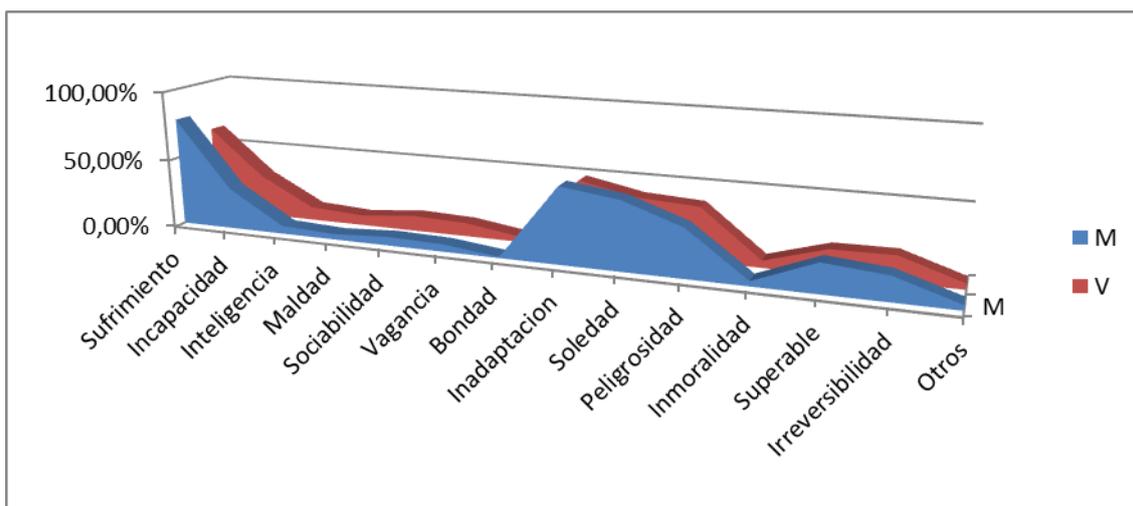


Gráfico 9: Concepto social por sexos. Fuente: Elaboración propia.

Vistos los resultados generales observaremos con un poco más de atención la segmentación de las respuestas en cuanto a estos adjetivos:

7.1.1.- SUFRIMIENTO.

| Edad | Sufrimiento |
|----------------|---------------|
| 20-29 | 70,73% |
| 30-39 | 74,22% |
| 40-49 | 67,00% |
| 50-59 | 75,95% |
| 60-69 | 62,75% |
| MEDIA | 70,13% |
| MEDIANA | 70,73% |

Tabla 4: Sufrimiento/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

Existe una gran respuesta en todos los grupos de Edad siendo únicamente el grupo de edad 60-69 el que se desmarca de la media y mediana (ambas 70%) a la baja, aunque fue seleccionada igualmente por un alto porcentaje de la muestra (62,75%). Esto supone una coincidencia con la realidad de una enfermedad que supone un gran impacto sobre la calidad de vida superior a enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias (Ministerio de Sanidad, 2006).

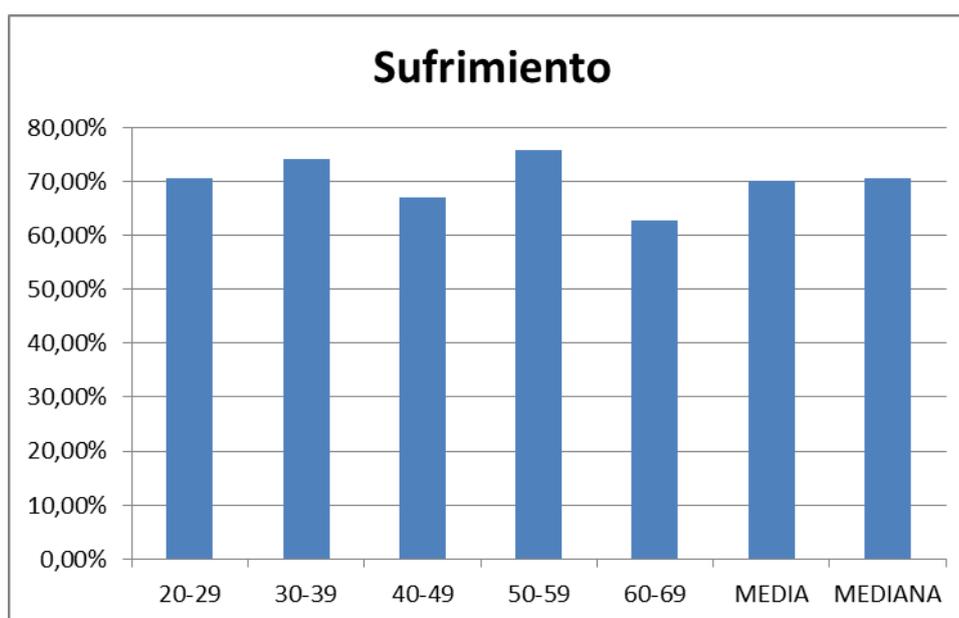


Gráfico 10: Sufrimiento/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

7.1.2.- INCAPACIDAD.

| Edad | Incapacidad |
|---------|-------------|
| 20-29 | 26,83% |
| 30-39 | 34,38% |
| 40-49 | 30,00% |
| 50-59 | 32,91% |
| 60-69 | 19,61% |
| MEDIA | 28,74% |
| MEDIANA | 30,00% |

Tabla 5: Incapacidad/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

En el aspecto incapacidad, si bien el 30% puede parecer una cifra elevada no lo es tanto si se contrasta con otros estudios, como el realizado en 2006 en la Comunidad de Madrid sobre *Estigma social y enfermedad mental*, en el cual los resultados apuntaban que el 56% de la población general confunde la enfermedad mental con el **retraso mental**.

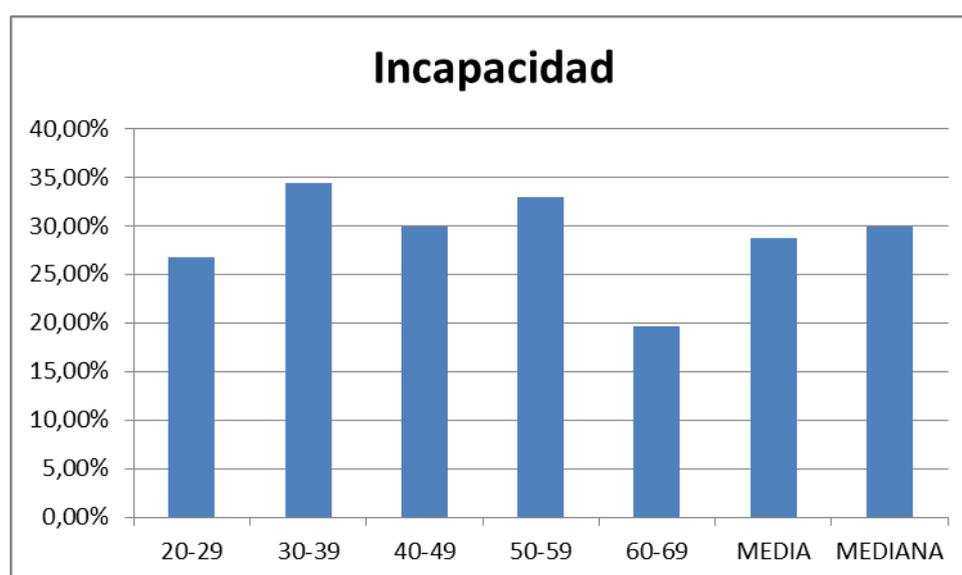


Gráfico 11: Incapacidad/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

Esta variación tan significativa puede responder en gran medida al modo de proceder de los servicios dedicados a la atención de la salud mental en Huesca, con un alto grado de colaboración y coordinación entre psiquiatras, centros de rehabilitación psicosocial, asociaciones de familiares (ASAPME), coordinadora de asociaciones de discapacidad (CADIS) y programas de atención comunitaria (ARCADIA), que han conseguido desarrollar dispositivos asistenciales, laborales y residenciales con un alto grado de integración en el tejido social y económico de la ciudad y realizar actuaciones de sensibilización muy variadas respecto a la enfermedad mental: Entre otros podemos resaltar por su impacto en la sociedad el Mercado Medieval que organiza ASAPME, el programa radiofónico “*Los bandidos de la Hoya*”, la publicación en el principal periódico local (Diario del Altoaragón) del monográfico *Capaces.org* o el programa *Display* emitido en la cadena televisiva local (HTV), estos dos últimos promovidos

desde CADIS y dirigidos a concienciar sobre las problemáticas que sufren todos los tipos de discapacidad y a poner en valor todas las capacidades de estos colectivos.

Al igual que en el anterior apartado la mayor desviación se da en el grupo 60-69 y puede ser debida a una tendencia observada en este grupo a elegir un número menor de opciones entre las posibles y a la relación que en muchos casos los encuestados en este rango de edad establecían entre la enfermedad mental y los trastornos depresivos (tanto graves como leves)

7.1.3.- INADAPTACIÓN.

| Edad | Inadaptación |
|----------------|---------------|
| 20-29 | 48,78% |
| 30-39 | 57,81% |
| 40-49 | 51,00% |
| 50-59 | 55,70% |
| 60-69 | 31,37% |
| MEDIA | 48,93% |
| MEDIANA | 51,00% |

Tabla 6: Inadaptación/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

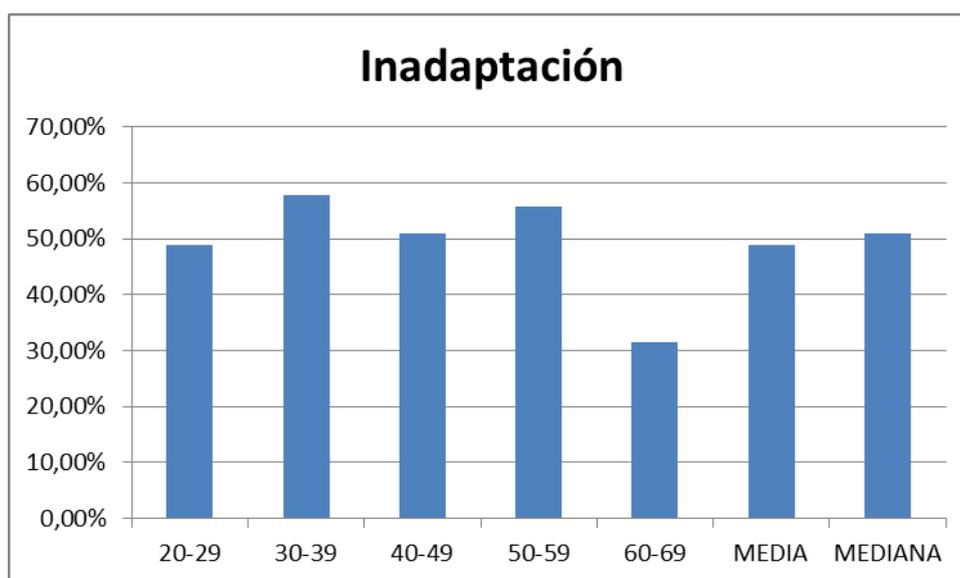


Gráfico 12: Inadaptación/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

En la respuesta ante el ítem inadaptación se muestra de nuevo una gran diferencia entre el grupo de edad 60-69 y el resto, desmarcándose en este caso en extremo de los valores medios, si bien al igual que en el resto de grupos es una de las opciones más elegidas.

La inadaptación es una de las características que acompaña la imagen social de la enfermedad mental en la ciudad de Huesca y que responde además a la realidad que viven en muchos casos las personas que sufren un trastorno mental grave, las cuales presentan, como parte de la problemática asociada a su patología, dificultades en sus relaciones sociales. Ejemplo de ello son los ítems dedicados a este respecto en las herramientas utilizadas para medir los avances en los itinerarios diseñados para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave.

7.1.4.- SOLEDAD

En la característica *soledad* se pueden observar valores medios algo inferiores a los reflejados en *inadaptación*, pero en líneas generales comparten su protagonismo en la caracterización general de la enfermedad mental y se complementan al ser dos aspectos muy interrelacionados en la realidad de las personas con enfermedad mental grave.

| Edad | Soledad |
|----------------|----------------|
| 20-29 | 51,22% |
| 30-39 | 54,69% |
| 40-49 | 39,00% |
| 50-59 | 30,38% |
| 60-69 | 39,22% |
| MEDIA | 42,90% |
| MEDIANA | 39,22% |

Tabla 7: Soledad/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

Ambos aspectos se refuerzan mutuamente y ponen de manifiesto una dificultad superable de la enfermedad mental que queda plasmada en su protagonismo dentro de los objetivos generales que se establecen en los programas para la rehabilitación de estas patologías. Por ejemplo sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tiene pareja estable y un 18% afirma no tener ninguna amistad (Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid, 2006).

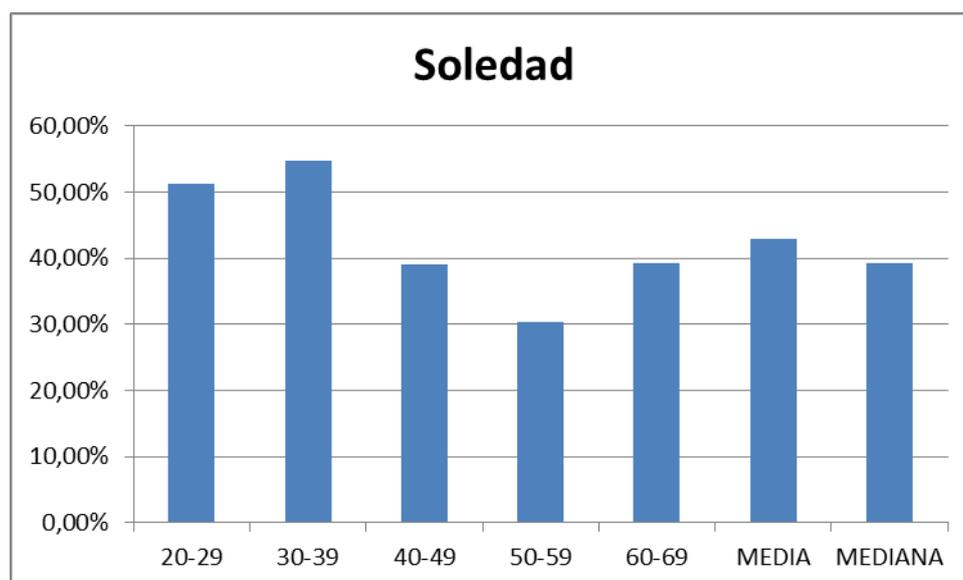


Gráfico 13: Soledad/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

7.1.5.- PELIGROSIDAD

Llegamos en este ítem a uno de los puntos con más controversia dentro del llamado *estigma social* asociado a la enfermedad mental. Sirva como ejemplo el contraste entre las opiniones recogidas en 2006 por la Comunidad de Madrid: El 18% de la población general, el 28% de los familiares y el 20% de los enfermos creían que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se les hospitaliza frente a un 99% de profesionales que no lo creía.

| Edad | Peligrosidad |
|----------------|---------------|
| 20-29 | 25,61% |
| 30-39 | 36,72% |
| 40-49 | 38,00% |
| 50-59 | 45,57% |
| 60-69 | 31,37% |
| MEDIA | 35,45% |
| MEDIANA | 36,72% |

Tabla 8: Peligrosidad/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

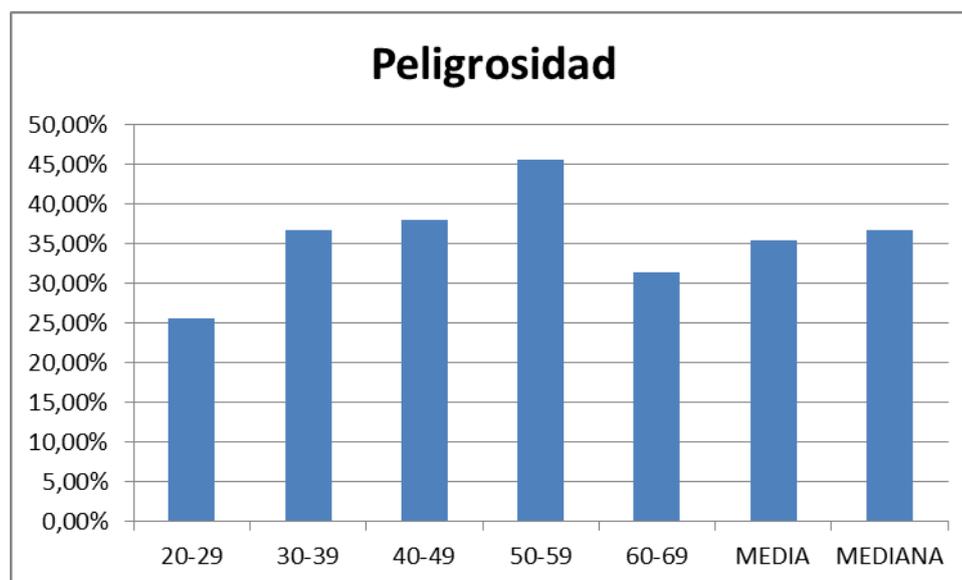


Gráfico 14: Peligrosidad/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

A parte de esto hay otros datos que reflejan que para quien verdaderamente es peligrosa la enfermedad mental es para quienes la padecen, ya que la tasa de mortalidad por suicidio en esquizofrénicos es 9 veces más alta que la de la población general, y el riesgo de suicidio se multiplica por 21 en las personas que sufren depresión, por 33 en las personas con trastornos de la alimentación, y por 86 en las personas con toxicomanías (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

En cualquier caso habrá que asumir el elevado índice de respuestas que eligió peligrosidad como característica de la enfermedad mental. Este concepto de peligrosidad se ve fortalecido por los medios, y es que aunque en el entorno social objeto de estudio no sea habitual la presencia de personas con enfermedad mental en los episodios violentos más mediáticos, es habitual utilizar a la enfermedad mental como explicación de los hechos violentos, especialmente los más terribles.

7.1.6.- SUPERABLE/IRREVERSIBLE

En estas dos respuestas se observa cómo las medias y medianas casi se anulan mutuamente observando un mayor optimismo en el grupo de edad 20-39 frente a un mayor pesimismo del grupo 40-59.

Ante este resultado no podemos dejar de comentar cómo históricamente a nivel estatal ha primado la respuesta de irreversibilidad, reflejada en la respuesta manicomial que supone vigilancia, encierro y aislamiento y que produce pésimas consecuencias en las personas con aumento de episodios de reagudización, cronificación e institucionalización de las personas. Los programas de atención en la comunidad orientados a la recuperación de las personas obtienen, a pesar de la escasa inversión pública, grandes resultados en cuanto a la estabilización de la enfermedad, la disminución de crisis y la mejora en los niveles de autonomía de las personas atendidas.

| Edad | Superable | Irreversible |
|----------------|---------------|---------------|
| 20-29 | 24,39% | 17,07% |
| 30-39 | 26,56% | 17,97% |
| 40-49 | 18,00% | 22,00% |
| 50-59 | 5,06% | 16,46% |
| 60-69 | 15,69% | 9,80% |
| MEDIA | 17,94% | 16,66% |
| MEDIANA | 18,00% | 17,07% |

Tabla 9: Superable/Irreversible/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

En cualquier caso parece difícil la recuperación cuando la respuesta desde las instituciones es tan insuficiente. La Organización Mundial de la Salud detectó en 2004 que en los países desarrollados (entre los que España se encuentra a la cola) entre el 44% y el 70% de las personas afectadas por una enfermedad mental no tienen acceso a tratamientos y los que acceden no lo hacen a los adecuados y esta cifra se dispara hasta el 90% en los países en desarrollo.

Parece más que alentador que en una ciudad con recursos destinados a la recuperación de las personas con enfermedad mental en la comunidad la *irreversibilidad* quede compensada con la *superabilidad*, y más todavía de cara al futuro si observamos el rango de edad 20-39 en el que *superabilidad* es seleccionada más veces que *irreversibilidad*.

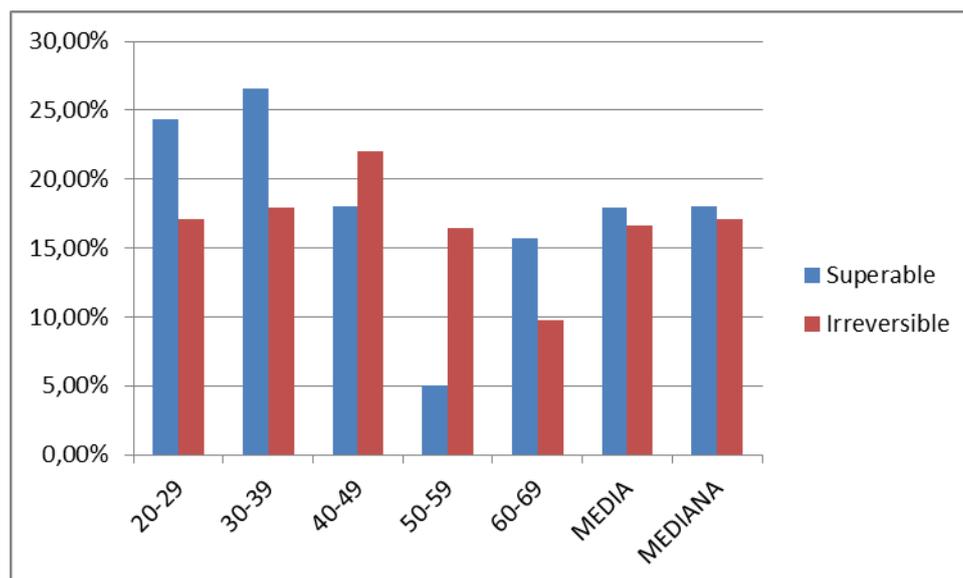


Gráfico 15: Superable/Irreversible/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

7.2.- TOLERANCIA FRENTE AL TMG.

Para estudiar la tolerancia ante la enfermedad mental se plantearon tres preguntas: 1- sobre la incapacidad para trabajar, 2- sobre la incapacidad para la normal convivencia y 3- sobre la reclusión como mejor opción

| Edad | Incap trab | Incap Conv | Reclusión |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| 20-29 | 40,24% | 35,37% | 14,63% |
| 30-39 | 43,75% | 43,75% | 14,84% |
| 40-49 | 40,00% | 55,00% | 25,00% |
| 50-59 | 34,18% | 64,56% | 37,97% |
| 60-69 | 39,22% | 50,98% | 43,14% |
| MEDIA | 39,48% | 49,93% | 27,12% |
| MEDIANA | 40,00% | 50,98% | 25,00% |

Tabla 10: Tolerancia frente al TMG/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

Si nos fijamos en las respuestas segmentadas por sexo observamos que sólo en la referida a la reclusión hay una diferencia significativa entre ambos, siendo los hombres (29%) más partidarios de soluciones manicomiales y de internamiento que las mujeres (20%).

Si se observan con detenimiento los resultados de las encuestas segmentados por grupos de edad se pueden observar más diferencias, al mismo tiempo que se aprecia una tendencia temporal de cambio. Si se analizan las respuestas a la pregunta sobre si la enfermedad mental incapacita para el trabajo no se detectan grandes diferencias respecto a la media y mediana, exceptuando el grupo de edad 50-59, que se presenta más escéptico en cuanto a las capacidades laborales de las personas que sufren una enfermedad mental grave, frente al cual encontraríamos el grupo 30-39, el cual, aunque en menor medida, presenta una ligera desviación hacia el otro lado.

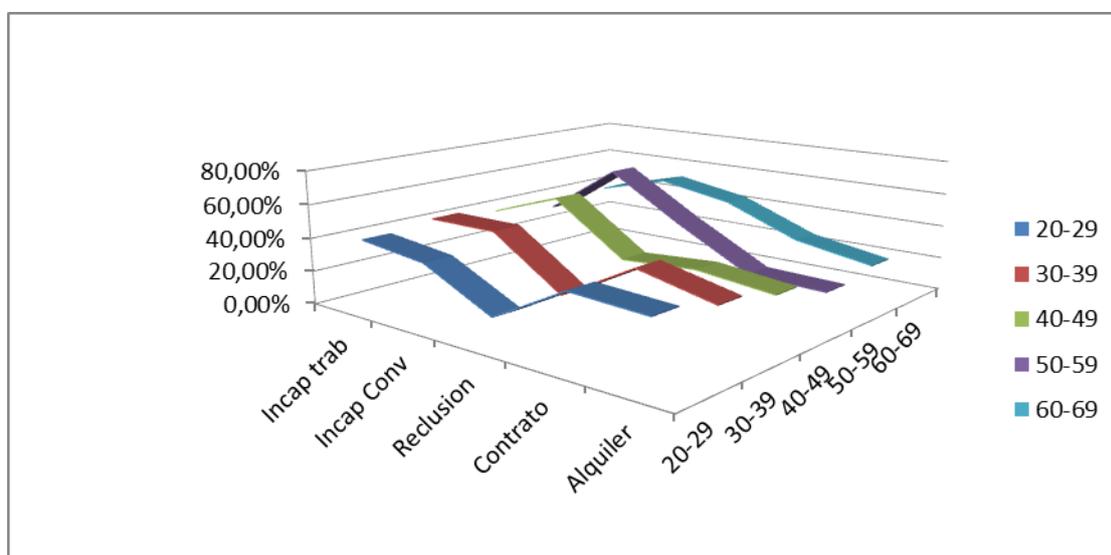


Gráfico 16: Tolerancia frente al TMG/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

| Sexo | Incap trab | Incap Conv | Reclusion |
|--------------|---------------|---------------|---------------|
| M | 38,12% | 48,43% | 20,18% |
| V | 41,94% | 50,23% | 29,03% |
| MEDIA | 40,03% | 49,33% | 24,61% |

Tabla 11: Tolerancia frente al TMG/Sexo. Fuente: Elaboración propia.

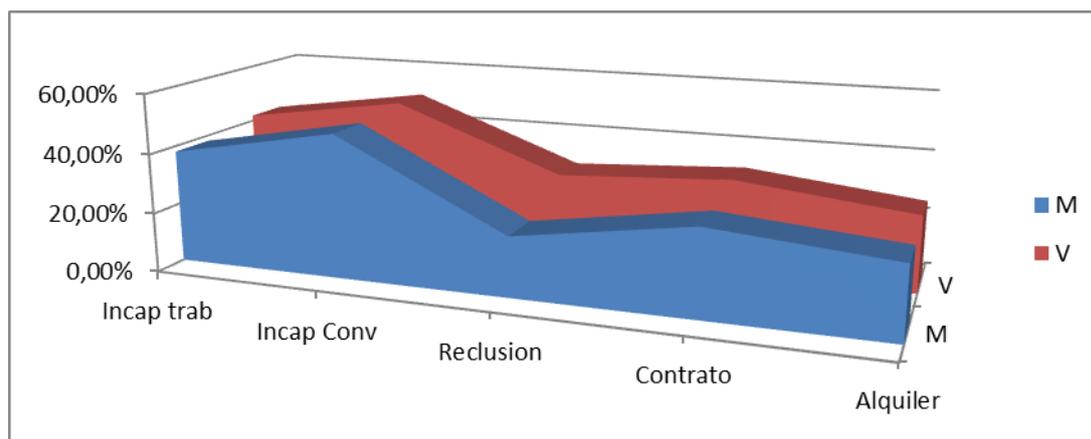


Gráfico 17: Tolerancia frente al TMG/Sexo. Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las respuestas sobre la incapacidad de las personas con TMG para la normal convivencia se encuentran diferencias más marcadas y una tendencia a la baja desde el grupo 50-59 hacia los menores rangos de edad, mostrándose cómo generación tras generación la tendencia sobre la consideración de las personas con TMG como incapacitados para la convivencia en la sociedad disminuye, tal vez por las inversiones destinadas a ello, por una mayor normalización de los trastornos mentales o por el hecho de convivir con recursos de rehabilitación comunitarios y con vocación inclusiva dedicados a personas con este tipo de discapacidad.

Lo mismo podría decirse de la tendencia sobre la consideración de la reclusión en manicomios como mejor opción donde afortunadamente los porcentajes, además de tener una tendencia a la baja se encuentran en valores sensiblemente más bajos (14,63%) que refuerzan en el convencimiento de que hoy por hoy es socialmente inadmisibles el recorte en recursos de atención comunitaria y terapias sociales en pro de recursos de internamiento y corte manicomial.

7.2.1.- TOLERANCIA EN LA CERCANÍA

Con el objetivo de poder contrastar los resultados de las preguntas sobre la caracterización de la enfermedad y la tolerancia como grupo con la tolerancia ante la enfermedad mental en la cercanía se añadieron dos cuestiones que incidían más directamente en la reacción de los individuos ante la posibilidad de contratar o alquilar una habitación a una persona con TMG.

| Edad | Contrato | Alquiler |
|----------------|---------------|---------------|
| 20-29 | 39,02% | 36,59% |
| 30-39 | 39,84% | 29,69% |
| 40-49 | 28,00% | 23,00% |
| 50-59 | 13,92% | 12,66% |
| 60-69 | 25,49% | 17,65% |
| MEDIA | 29,26% | 23,92% |
| MEDIANA | 28,00% | 23,00% |

Tabla 12: ¿Contrarias/Alquilerías?/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

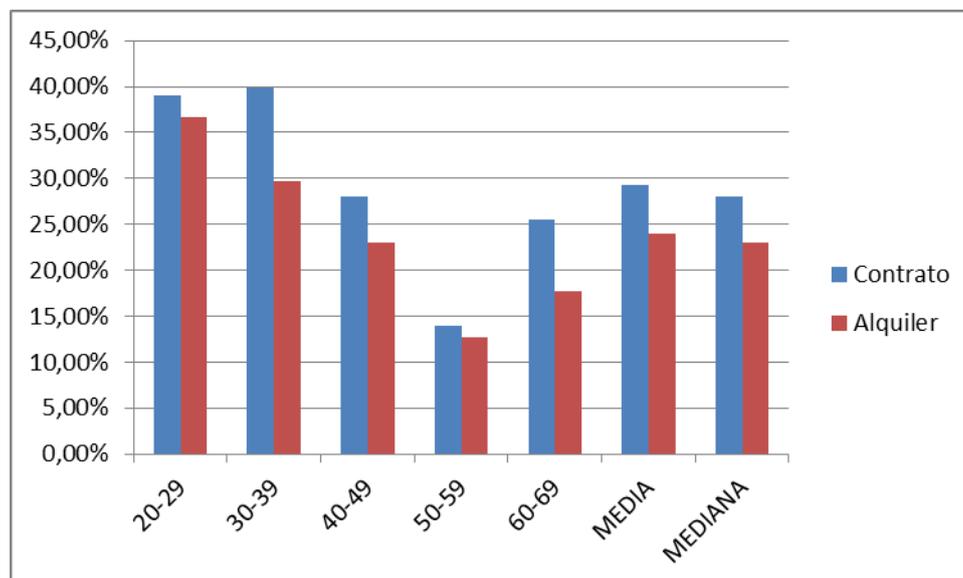


Gráfico 18: ¿Contrarias/Alquilerías?/Grupos de edad. Fuente: Elaboración propia.

| Sexo | Contrato | Alquiler |
|--------------|---------------|---------------|
| M | 29,15% | 24,22% |
| V | 32,26% | 25,81% |
| MEDIA | 30,70% | 25,01% |

Tabla 13: ¿Contrarias/Alquilerías?/Sexo. Fuente: Elaboración propia.

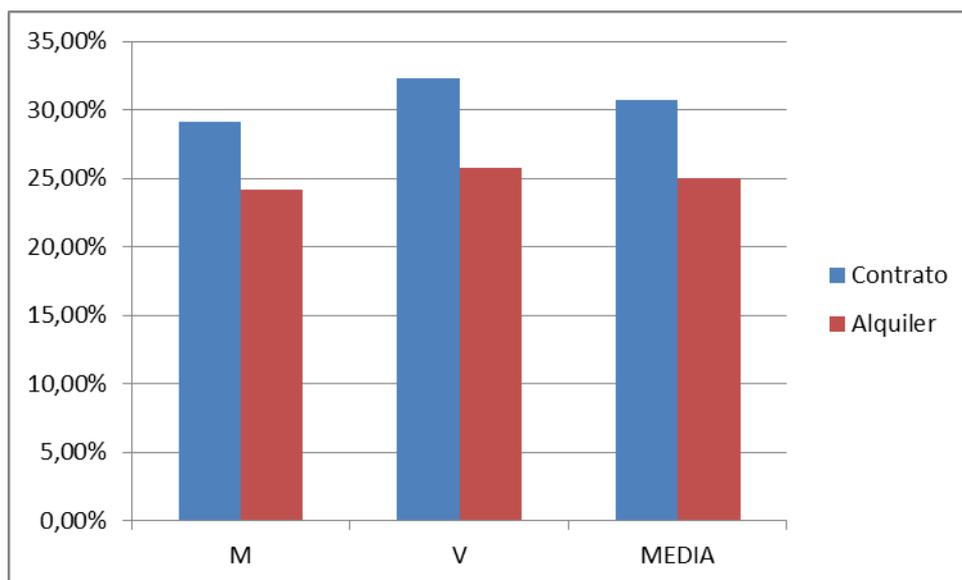


Gráfico 19: ¿Contrarias/Alquilerías?/Sexo. Fuente: Elaboración propia.

Los resultados a estas preguntas, en consonancia a las anteriores cuestiones muestran una tendencia al alza de los niveles de tolerancia tanto a nivel laboral como residencial en las generaciones más jóvenes, y confirman al segmento de edad 50-59 como el grupo con mayor reticencia respecto a la tolerancia de la enfermedad mental en la cercanía, dándose en el mismo una curiosa coincidencia, y es que siendo el segmento de edad más positivo respecto a la consideración de las capacidades laborales de las personas con TMG ha sido el más negativo en la pregunta sobre su contratación.



Gráfico 20: Tolerancia cercanía. Fuente: Elaboración propia.

Como final a este apartado se puede mostrar a modo de resumen un esquema sobre la imagen social del TMG en la ciudad de Huesca con sus aspectos más llamativos:

1. Se considera desde la ciudadanía como una enfermedad cuya principal consecuencia es el alto grado de sufrimiento que conlleva para la persona afectada.
2. Hay una tendencia a una mayor tolerancia en las generaciones más jóvenes, ya que cada vez produce menos rechazo y despierta más interés, aunque sigue habiendo precaución o cautela ante la cercanía en un alto porcentaje de oscenses.
3. Hay conciencia de los problemas de adaptación social asociados a la enfermedad mental, y esto hace que el ciudadano sea más consciente y comprensivo con la necesidad de programas y terapias basadas en programas de corte social.
4. Se reconoce la soledad como uno de los efectos de las alteraciones de la conducta asociadas al TMG, y esto hace más fácil comprender la necesidad de programas inclusivos, así como la de hacer partícipe a la familia en los tratamientos y terapias.
5. Existe una tendencia a la baja de la sensación peligrosidad, lo que refuerza el crecimiento de la tolerancia respecto a este colectivo.
6. Existe una tendencia al alza en los más jóvenes respecto a la confianza en las posibilidades recuperación de las personas que sufren un TMG, lo que condiciona muy positivamente el pensamiento respecto a las personas que la sufren.
7. Tendencia a abandonar los rasgos de culpabilidad asociados antiguamente a la enfermedad mental a través de las características de maldad, vagancia e inmoralidad.

En resumen se observa un ciudadano medio que va superando los rasgos negativos que conforman el llamado estigma social asociado a la enfermedad mental, y esto trae consigo una creciente valoración de los programas comunitarios y una tendencia al alza

de los índices de tolerancia, aceptación y respeto a la persona, que cada vez está menos condicionada en su imagen social por el trastorno mental grave.

**8.- EL PROGRAMA INTEGRAL
COMUNITARIO DE LA FUNDACIÓN
AGUSTIN SERRATE, “ARCADIA”.**

Esta Organización ha sido elegida principalmente por haber pasado los tres entrevistados por los programas de la Fundación y por la posibilidad de observar directamente, como participante, la realidad de su funcionamiento.

Además desarrolla su actividad en Huesca, ciudad donde se han pasado las encuestas sobre la imagen del TMG y es un referente tanto a nivel nacional como internacional de innovación en su programa integral comunitario de recuperación, como evidencian las múltiples visitas recibidas desde el extranjero, las invitaciones y participaciones en congresos científicos y sus excelentes resultados con las personas (da ocupación o trabajo a una media de 130 personas y atiende a un total de 170 personas con TMG, generando unos elevadísimos índices de satisfacción tanto en los usuarios como en sus familiares).

Por todo esto analizaremos la estructura de la misma tomando como referencia tanto los componentes que debe tener un programa de rehabilitación como los principios de la recuperación. Para el análisis de la Fundación y sus actividades se comenzará con un análisis a través de su organigrama que permitirá describir los recursos humanos y materiales con los que cuenta para pasar seguidamente a analizar por medio de su mapa de procesos las actividades que conforman su día a día, ya que muestra con claridad el enfoque integral de su programa de rehabilitación, que engloba todos los aspectos que conforman un proceso de recuperación (vivienda, inmersión social, empleo, apoyo a las familias, etc.). Todo ello se analizará después a través de la descripción del recorrido completo de un usuario por este mapa, observando así la atención que brinda a sus usuarios esta organización.

8.1.- ORGANIGRAMA Y RECURSOS HUMANOS

A continuación se muestra de manera esquemática la estructura de la organización. Esta funciona con un patronato como máximo órgano de control que dirige su funcionamiento y un gerente que articula el funcionamiento de la organización apoyándose en tres mandos intermedios.

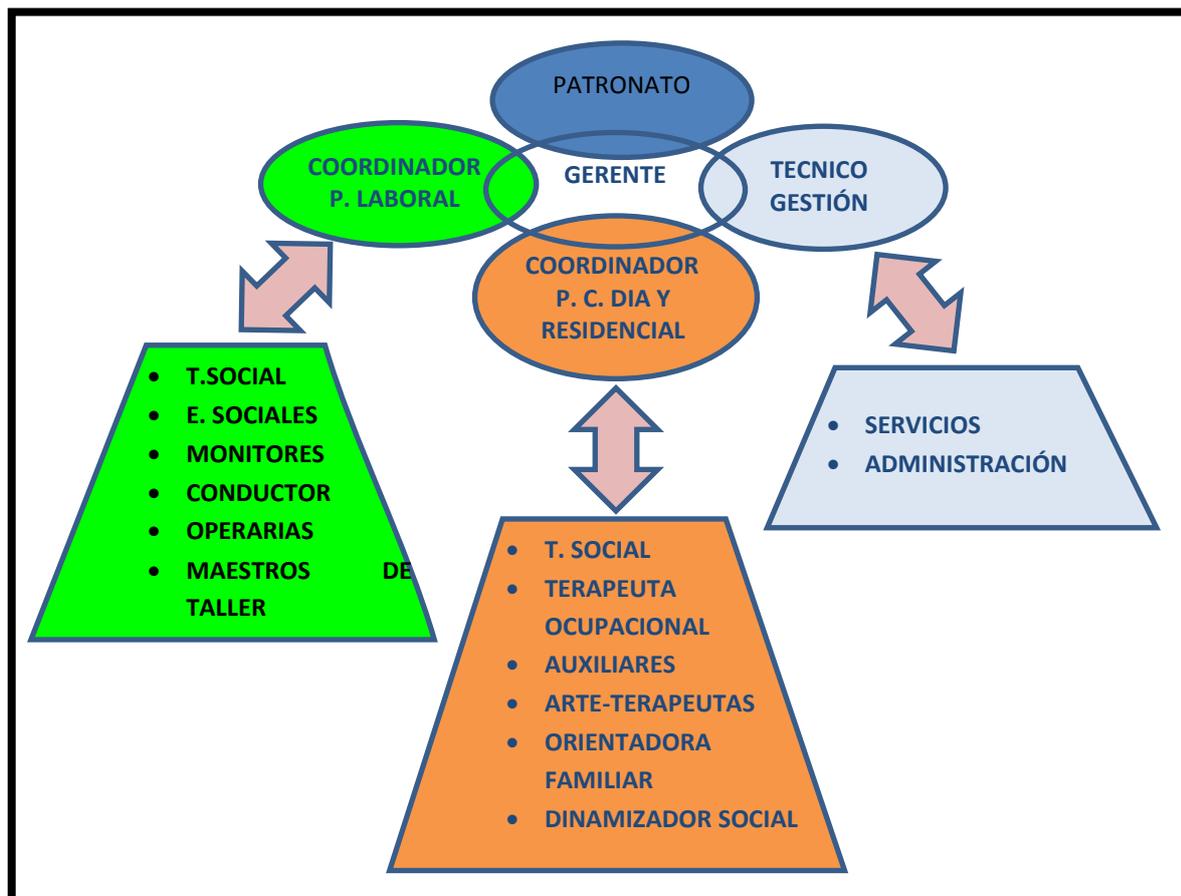


Gráfico 21 - Organigrama de la Fundación Agustín Serrate. Fuente: Elaboración propia

Seguidamente se describen los niveles técnicos, es decir, los puestos por debajo del patronato, que por orden jerárquico en la organización serían los siguientes:

1.- Gerente (Economista).

- Dirección general.
- Gestión económica.
- Gestión financiera.
- Gestión de personas.
- Comunicación al y desde el patronato sobre el funcionamiento y estado de la organización.

2.- 2.1.-Técnica de gestión (Especialista en EFQM, trámites y gestión).

- Elaboración de memorias y proyectos.
- Sistema EFQM de gestión de la organización.
- Planes de Formación.

- Apoyo a los procesos operativos. Especialmente acompañamiento al empleo ordinario en CIL y Empleo.

2.2.-Coordinador Centro de Día (Psicólogo).

- Gestión de personal en Centro de Día.
- Coordinación de programas terapéuticos Centro de Día.
- Coordinación Centro de Día Soporte.
- Coordinación Programa Residencial.
- Elaboración PIR de usuarios.
- Apoyo Psicológico y Familiar.

2.3.-Coordinador Programa Laboral (Sociólogo).

- Gestión de personal en talleres.
- Coordinación actividad productiva en talleres.
- Coordinación servicio de transporte.
- Gestiones asociadas a la actividad productiva (Trato clientes, proveedores, etc.)
- Apoyo a gestión de talleres.
- Apoyo a usuarios y personas en talleres.

3.- 3.1.- Trabajadoras Sociales (2).

- Atención social a usuarios y apoyo a los procesos operativos.
- Relación con otras instituciones.
- Acompañamientos y apoyos en gestiones.

3.2.- Dinamizador Social (1).

- Organización de actividades de inmersión comunitaria.
- Organización de viajes y salidas.
- Propuestas de ocio.

3.3.-Terapeuta Ocupacional (1).

- Organización de actividades de recuperación sensorial y cognitiva.
- Apoyo en actividades de la vida diaria.
- Organización de actividades terapéuticas en Centro de Día Soporte.

3.4.-Arte-terapeuta (2).

- Terapias a través del arte (pintura y coro).

3.5.-Orientadora familiar (1).

- Apoyo familiar.

3.6.-Monitor/Educador Social (3).

- Organización/gestión talleres laborales.
- Acompañamiento en actividad usuarios en taller.
- Evaluación capacidades usuarios.
- Formación habilidades usuarios.

3.7.-Maestro de taller (Especialista en actividad productiva)(4)

- Organización actividad productiva.
- Formación a monitores y usuarios.

3.8.-Auxiliar de psiquiatría (13).

- Acompañamiento usuarios en Centro de Día.
- Apoyo en proceso residencial.
- Organización y gestión de medicaciones.
- Apoyo Comedor.
- Acompañamientos a usuarios.
- Apoyo a gestión económica usuarios

3.9.-Auxiliar administrativo (2).

- Tareas de gestión administrativa.
- Trámites de facturas y presupuestos.
- Apoyo a los procesos operativos.

3.10.-Conductor (1)

- Transporte de usuarios, correo y mercancías.

3.11.-Operarias (7)

- Actividad productiva en talleres.
- Acompañamiento y apoyo a usuarios en taller.

Como particularidad de la Fundación es necesario destacar que entre las 46 personas que componen el equipo profesional 22 son personal funcionario adscrito a estos programas de rehabilitación y que entre sus edificios hay 2 locales del programa laboral y el edificio donde se ubica el centro de día de titularidad pública. Esta mezcla de gestión de recursos de la administración y propios de la Fundación, que ha dado buenos resultados en los 25 años de funcionamiento de este tipo de programas, es la huella dejada por su historia, con su nacimiento dentro de la Diputación Provincial y el

posterior acuerdo de amortización de los recursos públicos desde el traspaso de competencias al gobierno autonómico.

8.2.- GESTIÓN POR PROCESOS

El mapa de procesos de la organización, que nos va a ayudar a explicar el modo en que funciona la misma se divide principalmente en tres bloques:

- I) Procesos Estratégicos
- II) Procesos Operativos
- III) Procesos de Apoyo

En el primer bloque se agrupan los procesos que conforman la estrategia de la organización, en la versión del 2010 fueron identificados como: 1) Planificación estrategia ordena el proceso de planificación y seguimiento de la estrategia de la organización, que se marca gráficamente en un Plan Estratégico que se revisa anualmente y se reelabora cada tres años; 2) Gestión de alianzas: El proceso dedicado a gestionar adecuadamente las alianzas presentes de la organización y a buscar y establecer nuevas alianzas para el futuro; 3) Comunicación externa: Proceso dedicado a fortalecer la imagen de la organización en el exterior y a crear cauces de comunicación con la comunidad y otros agentes externos; y 4) Gestión de recursos humanos: Proceso considerado como fundamental, ya que siendo la función principal de la organización en resumen *personas que cuidan personas*, la calidad de la atención dependerá directamente de las condiciones y formación de sus recursos humanos. (Estos procesos como veremos más adelante han supuesto áreas de mejora alineadas con la estrategia de la organización).

El segundo bloque es el dedicado a los procesos operativos y nos va a permitir ver claramente el recorrido de un usuario en los programas de la fundación desde que es derivado a la misma desde el sistema público de salud hasta que finalmente se le da de alta de los servicios de rehabilitación comunitarios que gestiona la Fundación Agustín Serrate.

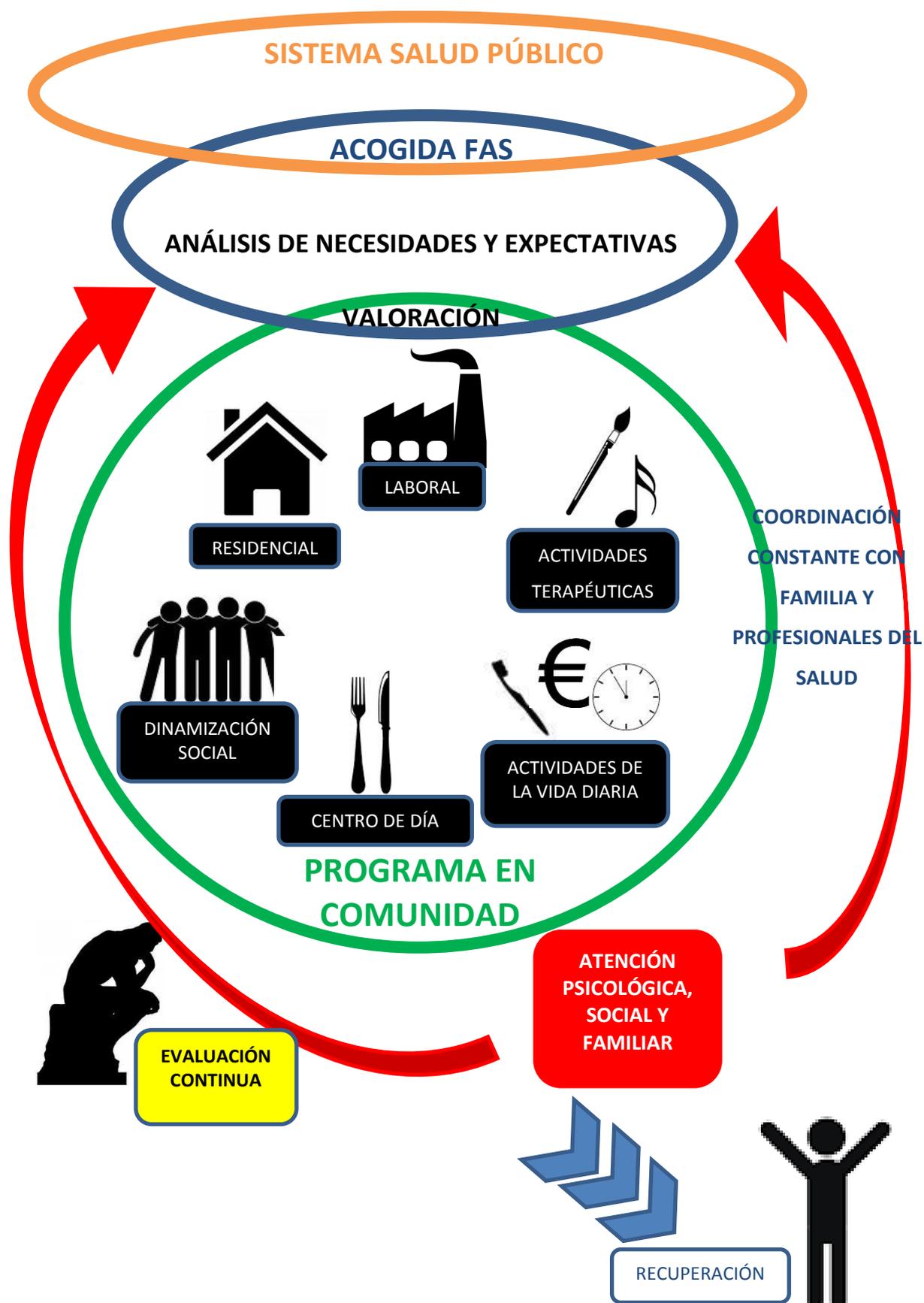


Gráfico 22 – El programa integral comunitario. Fuente: Elaboración propia.

8.3.- RECURSOS MATERIALES

Oficinas de la Fundación.-

La Fundación tiene situadas sus oficinas en el centro de Huesca, en un piso alquilado que dispone de sala de juntas, cuatro despachos (gerencia, técnica de gestión y auxiliares administrativos) totalmente equipados y archivo.

Centro de Día.-

Edificio cedido por la administración autonómica como parte de la aportación para el desarrollo de los programas. Dispone de cinco despachos (3 individuales y dos compartidos), cuarto de auxiliares, aula para el desarrollo de terapias artísticas creativas (música, pintura, teatro, etc), dos salones para usuarios, vestuarios, baños para hombres y mujeres, comedor y office, y un patio interior abierto.

Los despachos y cuarto de auxiliares están equipados con equipos informáticos impresoras, fax y fotocopiadora, hay nevera y el comedor está equipado con calentadores, neveras, expositores, encimeras y muebles de acero para la conservación y servicio de los menús, lavavajillas y pila para la limpieza de vajilla, fuentes de agua, y mesas sillas y sofás en los salones junto con una televisión.

Las actividades de centro de día tiene a su disposición dos coches y son apoyadas por la furgoneta de transporte de usuarios en las actividades que así lo requieren.

Taller de Huerta Ecológica.-

Finca “*La Alguerdía*”.- Explotación agrícola cedida por las Hermanas del Pilar para el desarrollo de la actividad laboral de Horticultura Ecológica. Tiene una superficie de 2.5 hectáreas de regadío con pozo propio, dos invernaderos (de 250 y 500m²) e instalación de un sistema riego por goteo en toda la explotación con tres bombas de presión y una balsa de acumulación para el mismo.

Dispone también de un aula de formación, un despacho con el equipamiento informático y de oficina necesario para la actividad terapéutica y laboral, una vivienda con sala de estar, una pequeña biblioteca con ordenador para organización de revistas y libros, vestuarios y baños para hombres y mujeres y cocina. La finca también dispone

de tres almacenes, taller, una tienda, una cuadra/cochera preparada con toma de agua para posibilitar en un futuro añadir animales de tracción, un pequeño banco de semillas, dos jardines y un gallinero con corral vallado.

Entre el material disponible hay un tractor de viña con cultivador, motocultor, desbrozadora de pie y mano, azadas, rastrillos, bicicleta de maigado, plantadores, tijeras y sierras de poda, herramientas para el mantenimiento general y específicas para la instalación y reparación de riegos y material para la fabricación de jabones y otros cosméticos de manera ecológica. También se utiliza en su actividad una furgoneta cedida por la Asociación Gratal para el transporte de usuarios y mercancías.

Taller de Gestión Documental y Taller de Confección.-

Estas dos actividades se realizan compartiendo un local de dos pisos en régimen de alquiler, situado en el centro de Huesca. El local permite dividir por zonas la actividad de tal modo que en el piso bajo hay un aula donde se desarrolla la labor del taller de gestión de fondos documentales, un despacho que comparten ambos talleres, almacén y mostrador de atención al público del taller de confección, mesa de corte industrial, baños, taquillas y cuarto para almorzar con máquina de café. El piso de arriba es utilizado únicamente por el taller de confección, ubicándose aquí las diferentes máquinas utilizadas para las distintas tareas a desarrollar entre las que se encuentran la confección de todo tipo de ropa, vestimentas e incluso bolsas y bolsos realizados a partir de lonas recicladas, la reparación y arreglo de prendas, plancha, etc.

El taller de Gestión Documental dispone de ordenadores para todos sus usuarios y el monitor, escáneres para la digitalización de noticias, impresoras y estanterías dónde almacenar libros que conforman una pequeña biblioteca.

Taller de Viveros.-

Esta actividad se desarrolla dentro del Vivero Provincial (de la Diputación Provincial de Huesca), por lo que el equipamiento profesional lo aporta dicha institución, reduciéndose el inventario de la Fundación en este taller a herramientas de bajo coste como carretillos, tijeras, azadas y material de protección para sus usuarios.

La relación con esta institución y el compromiso con la actividad viene marcado por un convenio que se remonta a los inicios de los programas de atención a la salud mental en la comunidad, cuando todos los programas dependían de la misma.

Taller de Jardinería.-

Esta actividad hace uso de un local de la administración autonómica a modo de almacén situado en la ciudad, detrás del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, pero ha supuesto una gran inversión para la Fundación en material y maquinaria para el desarrollo de su actividad profesional tanto para administraciones como para clientes particulares.

En este taller disponen de una furgoneta grande, una furgoneta con carro, una camioneta con caja basculante, tractor-cortacésped, desbrozadoras de ruedas y pértigas, escarificadoras, cortacéspedes, corta-setos, motosierras, sulfatadoras y material de limpieza (rastrillos, palmitos, escobas, carretillos, azadas, etc.), así como el material destinado a la protección individual (caretas, guantes, cascos, gafas, etc.)

Taller de Serrería Industrial.-

Desarrolla su actividad en una nave alquilada en un polígono industrial de la ciudad con vestuarios y baños para hombres y mujeres, oficina con material informático, sala de juntas, comedor y espacio abierto anexo a la nave.

Dispone de la maquinaria necesaria para el proceso de transformación desde tronco a tabla y para la construcción de palets, muebles y otros artículos de madera (foso, sierras de distintos tamaños, clavadoras, trituradora, tractor con pala, toro, motosierras, tornos, lijadoras, etc.). El taller también dispone para el desarrollo de su actividad de una furgoneta con caja abierta.

Taller de Lavandería Industrial.-

Desarrolla su actividad en un local cedido por el SALUD, aunque la mayor parte de la maquinaria (lavadoras, secadoras, calandras, embolsadoras, báscula, centralita para el control de productos, etc.) son propiedad de la Fundación).

Las instalaciones disponen de baños y vestuarios con taquillas para hombres y mujeres, oficina con material informático y sala de reuniones/comedor. Este taller también

dispone de una furgoneta grande y una furgoneta con caja cerrada y elevador para la recogida y entrega de ropa.

8.4.- FINANCIACIÓN

La Organización tiene como principales fuentes de financiación dos vías que se nutren de fondos públicos y privados para conforman el total del dinero que se dedica a sus programas:

1. FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE: 1.596.651,42€
 - a. Convenio con el SALUD: 906.383,36 €
 - b. Otros convenios (Gobierno de Aragón, Diputación Provincial de Huesca, Comarcas y Ayuntamientos): 659.387,06 €
 - c. Fuentes de financiación privadas (Obra Social, copagos, otras entidades, fuentes propias, ...): 30.881,00 €
2. CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO INTEGRACIÓN LABORAL ARCADIA S.L.: 819.156,82€
 - a. Administración: 532.669,95 €
 - b. Clientes privados: 286.486,87 €

8.5.- ACCESO AL PROGRAMA

Para acceder a los programas públicos comunitarios de rehabilitación de la Fundación cada caso es derivado previamente desde su psiquiatra del sistema público de salud (SAS) para su estudio en la *Subcomisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación del Sector Sanitario de HUESCA*, en la cual están representados los psiquiatras, los dispositivos públicos de atención psiquiátrica, y las entidades relacionadas con la atención a personas con problemas psiquiátricos, entre las que se encuentra la Fundación como gestora de los recursos de atención comunitaria. En esta subcomisión se decide qué casos se pueden beneficiar del programa y qué casos no responden a los requerimientos mínimos y no se beneficiarían del mismo. Esta subcomisión refleja el nivel de coordinación entre los profesionales y dispositivos dedicados a la atención a las personas con TMG, que será la tónica antes, durante y después del paso por los programas de la Fundación.

El proceso burocrático sigue el siguiente orden; 1) Tramitación desde la susodicha subcomisión de la solicitud de ingreso desde los Servicios de Salud Mental del SAS, junto con un informe clínico, un informe social y familiar y el consentimiento del paciente; 2), Valoración y Autorización de la Subcomisión del Sector (periodicidad mensual); 3). Valoración y Aprobación en la Comisión de Rehabilitación de la Fundación Agustín Serrate e inicio de la Fase de Acogida; 4) Integración en el Recurso de Rehabilitación Psicosocial o paso a Lista de Espera (Centro de Inserción Laboral, Centro de Día, Pisos Tutelados).

Tras el ingreso en la lista de espera, cada persona hace una visita individualmente o en grupo a los dispositivos de la Fundación, dónde se le explican los distintos programas y actividades desarrolladas desde el Centro de Día, se le enseñan los diferentes talleres laborales que conforman el Centro de Inserción Laboral y se le explican las diferentes alternativas ofertadas en el programa residencial. Esta primera visita permite que la persona tenga una perspectiva real basada en el conocimiento que le permitirá participar posteriormente, si finalmente ingresa en los programas, en la confección de su itinerario rehabilitador. Tanto la presentación y la visita como los informes generados en la Subcomisión de Ingresos formarán parte de las herramientas utilizadas para el análisis de expectativas y necesidades de cada individuo y la elaboración posterior de su PIR (Programa Individual de Rehabilitación) al entrar a formar parte del programa.

Cuando una plaza queda libre en el programa, automáticamente (el mismo día o el siguiente) un usuario de la lista de espera ingresa en los dispositivos y pasa a la etapa de acogida y valoración, en la cual se valorarán más intensamente sus capacidades y motivaciones y se confirmará si realmente es el recurso adecuado a sus necesidades. Esta rapidez en los cambios supone un aprovechamiento óptimo de los recursos dedicados a la rehabilitación de personas con TMG en la comunidad y no sería posible sin la información proveniente de la fase anterior.

8.6.- SEGUIMIENTO

El seguimiento de los usuarios se hace a través de las reuniones de equipo de los diferentes programas y dispositivos y se plasma en el PIR de cada persona, que acompañará al usuario en su recorrido por los programas de la Fundación. Este seguimiento a nivel interno se combina con otras reuniones y comisiones con el resto de

dispositivos de la red pública y con una comunicación directa con los psiquiatras de referencia de cada usuario.

En este seguimiento se hace partícipes a todos los profesionales que interactúan en el itinerario recuperador, al igual que al usuario, procurando hacerlo protagonista de su propio proceso de rehabilitación siempre que la situación lo permita y a la familia, como elemento fundamental de la recuperación.

8.7.- ACTIVIDADES DESARROLLADAS

A continuación se enumeran a través de sus principales procesos operativos las actividades terapéuticas desarrolladas por la organización dentro de su programa de rehabilitación.

8.7.1.- EL PROGRAMA LABORAL

El proceso que aparece en su mapa como *CENTRO DE INSERCIÓN LABORAL Y EMPLEO* se compone de otros tres subprocesos: uno ocupacional; otro de centro especial de empleo y un tercero de acompañamiento al empleo ordinario.

A través de este programa la Fundación actúa así por una parte como entrenadora para el empleo, por otra como empleadora propiamente dicha (a través de *INTEGRACIÓN LABORAL ARCADIA, SL*) y en la tercera y última vía como asesora, ayudante y acompañante en la búsqueda y mantenimiento de un empleo fuera de la estructura. Todo ello al mismo tiempo que desde otras partes del programa se atienden conjuntamente otros aspectos de la recuperación relativos a aspectos fuera del ámbito laboral propiamente dicho.

Nueve son los elementos que determinaron en 1982 Cohen y Farkas como esenciales para un programa de rehabilitación psicosocial (Sobrino y Rodríguez, 2007):

- **Evaluación funcional de las habilidades del sujeto** en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
- **Planificación sistemática y estructurada** del proceso de rehabilitación.
- **Implicación y participación del sujeto** en todas las fases del proceso de rehabilitación

- **Entrenamiento estructurado y específico** de las habilidades que el sujeto necesita para desenvolverse en su entorno.
- **Evaluación e intervención sobre el ambiente** específico del sujeto.
- **Seguimiento y monitorización del sujeto** en los diferentes contextos de su vida real.
- **Trabajo en equipo** desde una perspectiva multidisciplinar.
- **Coordinación entre los diferentes equipos y servicios** que atienden al sujeto.
- **Evaluación planificada y sistemática** de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Y este programa cumple con todas sus condiciones al evaluar periódicamente las habilidades de cada sujeto en los diferentes contextos de su vida, adaptar los objetivos y actuaciones para cada individuo en función de la evaluación, hacer partícipe al sujeto en las decisiones y cambios de su programa de rehabilitación, entrenar las habilidades laborales, sociales y del ámbito de la vida diaria, trabajar en equipo para reforzar las actuaciones planificadas y coordinar actuaciones con la familia y con otros profesionales del ámbito de la salud mental. Pero además se verá reforzado en estos aspectos por la integralidad del resto de componentes del programa integral que analizaremos posteriormente.

Haremos a continuación una descripción de las actividades desarrolladas en los talleres y las particularidades que hacen a este programa digno de ser una referencia en el resto del territorio nacional e incluso en otros países.

En primer lugar describiremos la variedad de actividades de su red de talleres laborales. Esta variedad permite en primera instancia más posibilidades de resultar atractivo y motivante para el sujeto a recuperar, así como más adaptable, no sólo a las motivaciones del sujeto, sino también a sus capacidades y habilidades.

TALLERES DEL PROGRAMA LABORAL



SERVICIOS
INTERNOS



SERRERÍA



LAVANDERÍA
INDUSTRIAL



GESTION
DOCUMENTAL



CONFECCION



JARDINERÍA



VIVERO



HUERTA
ECOLÓGICA

Gráfico 23 – Talleres del programa laboral. Fuente: Elaboración propia.

Taller de Gestión de Documental (Biblioteca).

Este taller permite que se desarrollen capacidades de síntesis y habilidades con equipos informáticos, posibilita que personas con limitaciones físicas temporales o permanentes tengan su sitio en el programa (una usuaria desarrolla su trabajo desde casa cuatro días a la semana por su limitación física), permite una relación directa con el entorno social (dos usuarias desarrollan su trabajo gestionando las bibliotecas de un centro de secundaria y un conservatorio) y rompen con el estigma asociado a la incapacidad de la persona con TMG para el desarrollo de tareas eminentemente intelectuales.

Entre sus tareas, los integrantes de este taller se ocupan actualmente de la digitalización de artículos del archivo de prensa de la DPH (escaneado, codificación, detección de marcadores y palabras clave), de la gestión de bibliotecas (catalogación, informatización, marcado, colocación y gestión de préstamos), de la organización de otros archivos documentales como el Ayuntamiento de Huesca, CADIS, y otros clientes (catalogación, informatización, marcado y colocación) y de apoyar al servicio de administración de la Fundación.

Taller de Confección.

Este taller permite al igual que el de bibliotecas ofrecer una tarea a personas con limitaciones para el movimiento y supone una excepcional fuente de posibilidades para trabajar la atención y la capacidad de concentración, así como la motricidad fina en actuaciones manuales de gran precisión.

Entre sus tareas, estarían la realización de arreglos para tiendas y particulares (ajustes y arreglos en ropas, reparaciones, botones, etc.), confección de ropa laboral (batas, pantalones, camisas, etc.) tanto para la propia estructura de la Fundación como para otros clientes públicos y privados, confección de bolsas y bolsos a partir de lonas recicladas (bolsas para congresos, bolsos de mano, bolsas para ordenador,...), y otros encargos de confección como la elaboración de túnicas para cofradías y delantales para campañas publicitarias que se han hecho en 2014.

Taller de Huerta Ecológica.

Este taller ofrece al programa la posibilidad de desarrollar actividades en un ambiente especialmente tranquilo y con una variedad de tareas de muy diversa complejidad que suponen una solución adecuada para las personas con mayor nivel de dificultad. Las tareas del taller permiten utilizar los beneficios terapéuticos del trabajo con animales (gallinas, gatos y perro) y la tierra (aire libre, ciclo completo de verduras y hortalizas desde la siembra a la recolecta) así como el contacto directo con el entorno social a través de la atención a clientes en la huerta y la participación en mercados municipales y de barrio. La actividad ecológica supone además un incentivo extra para muchas de las personas que acoge el programa.

Entre sus tareas están el cultivo de frutas, verduras y hortalizas ecológicas (siembra, recolección de plantas silvestres para la elaboración de abonos y fortificantes, trasplantes, limpiezas, escardes, tutorización de plantas, maigado, recolecta, limpieza, etc.) para clientes particulares, mercados y un supermercado local, la elaboración de jabones y otros cosméticos naturales para vender en los mercados o por encargo y tienen como proyecto de futuro la organización de visitas para grupos como método de inmersión comunitaria y fomento de la agroecología y la sostenibilidad.

Taller de Jardinería.

Este taller, por ser el que realiza una actividad físicamente más intensa, permite trabajar más normalizadamente en cuanto a ritmo de trabajo físico y supone una posibilidad de adaptar el programa a las personas con más capacidades, realizando el trabajo inmersos en la comunidad por medio de los jardines y formando a los usuarios para una actividad laboral que supone el manejo autónomo de maquinaria y requiere de un nivel de atención alto para la buena realización de un trabajo a la vista de todos.

Entre sus tareas están el diseño, planificación y mantenimiento de zonas ajardinadas, tanto grandes superficies como pequeños jardines (césped, riegos, arbolado, jardineras, parterres), limpiezas y desbroces, mantenimiento de piscinas, podas, etc.

Taller de Lavandería.

Este taller permite atender a un gran número de usuarios en un mismo espacio en el que se desarrollan actividades de diferentes grados de dificultad pero que en general potenciarán las aptitudes de limpieza, la capacidad de trabajo en equipo en las diferentes etapas del proceso de lavado (pesaje, limpieza, secado, planchado, doblado y empaquetado) y la necesidad de mantener la organización y el orden para evitar confusiones o mezclas entre los encargos de cada cliente.

El taller centra su actividad profesional en la recogida, lavado y entrega de ropas para diversos clientes, desde residencias y hospitales a negocios turísticos y de restauración, pasando incluso por equipos de fútbol. La actividad del taller, por el compromiso adquirido con los clientes, trabaja con los usuarios el espíritu de sacrificio y la capacidad de compromiso con la actividad (trabajar festivos, madrugar, cumplir horarios, etc.), aspectos de vital importancia de cara a buscar un empleo fuera de la estructura protegida.

Taller de Serrería Industrial.

Este taller, ubicado en un centro de actividad industrial, rompe contra el estigma asociado a la enfermedad mental en cuanto a capacidades, habilidades y peligrosidad. Se trabaja con trituradoras, motosierras y sierras industriales de gran tamaño (para la conversión de troncos a tablas) y ayuda a demostrar con sus índices de accidentabilidad (0 accidentes graves) las posibilidades reales de sus usuarios.

Su actividad productiva está centrada en la fabricación de palets, pero también se dedica a la fabricación de cajas nido para insectívoros y murciélagos, la fabricación de muebles y encargos de carpintería (bancos, cubiertas, torres de observación para caza, etc.), y el reciclaje y triturado de palets y restos vegetales en astillas para la construcción de tableros.

Taller de Servicios Internos.

Este taller desarrolla su actividad, como su propio nombre indica, para atender necesidades de la organización, más específicamente asume tareas de limpieza, servicio de comidas y recepción en el Centro de Día.

Las tareas que se desarrollan en este taller permiten el desarrollo de un entrenamiento laboral en actividades que requieren de mucha atención, responsabilidad y minuciosidad (limpieza y servicio de comidas) por sus consecuencias en la salud del resto de usuarios y permiten el entrenamiento de las habilidades sociales tanto en el servicio de comidas como en la atención que requiere el servicio de recepción (tanto en el cara a cara como en la atención del teléfono).

Taller de Viveros.

Este taller desarrolla su actividad como hemos dicho anteriormente dentro de un centro público (Vivero de la DPH) dedicado a la producción de planta ornamental para los ayuntamientos de la provincia de Huesca. En este taller la función del grupo de trabajo es asumir tareas de peonaje, coordinados por un monitor/educador de la Fundación, pero bajo la supervisión de funcionarios de la DPH.

Esta actividad permite una gran libertad para la adaptación de las tareas a las capacidades y objetivos rehabilitadores de cada usuario al ofrecer trabajos que permiten trabajar tanto lo físico como lo intelectual: esfuerzo físico (arrancado y transporte), atención (maigado de árboles de diversos tamaños y limpieza de macetas), habilidad motriz fina (siembra de pequeñas semillas), comprensión e interpretación de un planta (poda y esquejado), conocimiento y distinción (carga de pedidos con diferentes especies botánicas).

Como particularidad especial de este programa y aspecto realmente diferenciador respecto a otros programas está el hecho de que tanto el Centro de Inserción Laboral (CIL) como el Centro Especial de Empleo (CEE) comparten personal de apoyo (monitores/educadores, maestros de taller y otros profesionales), espacios (centros de trabajo), herramientas y tareas.

Esta solución supone un ahorro de recursos de apoyo para el CEE, un ambiente formativo con una equipación y un espacio de prácticas totalmente normalizado para el CIL, un alto nivel de integración de los programas de recuperación en la comunidad asumiendo tareas en espacios normalizados (ciudad, polígonos, centros públicos, urbanizaciones, etc.), un seguimiento constante tanto de las personas contratadas en el CEE (que permite la continuidad de cuidados) como de los integrantes del CIL, un importante aporte económico para el programa por medio de la facturación del CEE

que permite incentivar a los usuarios de CIL económicamente, alcanzar niveles muy altos de autonomía y ofrecer un itinerario con metas progresivas y motivantes. En definitiva es un sistema que optimiza los recursos y permite atender correctamente y con los mismos profesionales y recursos materiales a un mayor número de usuarios, al mismo tiempo que permite obtener a éstos unos mayores niveles de autonomía económica (condición esencial y previa para una mayor autonomía a todos los niveles).

ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA POR NIVELES.

El programa laboral de la Fundación Agustín Serrate propone un itinerario por niveles que integran una parte ocupacional, terapéutica y formativa (compuesta por tres niveles de exigencia) y una como fuente de empleo propiamente dicha a través del CEE Integración Laboral Arcadia SL. La peculiaridad de este modelo es que ambas partes comparten espacio, actividad y herramientas, optimizando de este modo los recursos asistenciales y laborales del programa.

La parte asistencial (equipos profesionales, herramientas de control y prevención de recaídas) al compartir el espacio con la parte laboral permiten que los usuarios del CEE con enfermedad mental grave (único en España compuesto íntegramente por personas con enfermedad mental grave) dispongan de un equipo de apoyo y prevención de recaídas altamente profesionalizado y especializado en sus necesidades, y al mismo tiempo la parte laboral (trabajos reales en espacios reales, herramientas y sistemas de trabajo actualizados y equipos profesionales) permite que los talleres ocupacionales ofrezcan un espacio normalizador, inclusivo y que permite formar en entornos reales.

Ambas partes del programa serían inviables por separado por el elevado coste que supone un equipo de apoyo tan especializado para un CEE o las herramientas y espacios de trabajo para los talleres ocupacionales, y es por ello que este recurso es único por su especificidad, por el número de personas contratadas con TMG y por la calidad de sus programas ocupacionales.

Otra de las características que hacen especial a este programa es la gratificación económica que reciben los usuarios de los talleres ocupacionales. Atendiendo a la patología de las personas atendidas y a las dificultades que la misma acarrea en muchas ocasiones para acometer proyectos y encontrar motivaciones, el hecho de acudir a un taller laboral a trabajar y no sólo a hacer terapia, facilita enormemente la adherencia de

los mismos a la actividad y el desarrollo de su autonomía a través de otros programas complementarios, estableciendo una base sólida para su recuperación.

Además de mejorar la autoestima al poner en valor el esfuerzo realizado, el hecho de ganar poder adquisitivo permite cambiar el rol de sujeto pasivo a sujeto activo dentro de sus núcleos familiares y su entorno social cercano. Asimismo al ser un programa inclusivo que desarrolla su actividad terapéutica y productiva en la comunidad permite la generación espontánea de situaciones y espacios de participación y convivencia que potencian todavía más el empoderamiento y el rol de sujeto activo, ya mencionado, que debe asumir la persona antes de poder retomar el control sobre su vida más allá de la enfermedad.

EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO AL EMPLEO ORDINARIO.

Este programa, que complementa el trabajo realizado en los talleres, es parte integrante y fundamental tanto del programa laboral como del proceso de recuperación de la persona y tiene como finalidad formar (aptitudes, actitudes y habilidades requeridas), ayudar a la búsqueda activa de empleo (inscripción a listas del paro INAEM, elaboración de currículums, búsqueda activa en prensa, web, y servicios públicos de empleo, etc.), asesorar (búsqueda de motivaciones y posibilidades reales, ayuda con tramitaciones, etc.), acompañar al usuario en el proceso de búsqueda (motivación a la búsqueda, apoyo en momentos de decepción y desánimo, etc.) y realizar el seguimiento del mismo una vez haya accedido a un empleo (seguimiento en la empresa para apoyar y ayudar en las adaptaciones, comunicación y mediación con contratante, etc.). Hay que señalar que este programa de acompañamiento atiende tanto a los usuarios que están integrados en la red de talleres del programa laboral (en cualquiera de sus niveles) como a los que buscan empleo sin estarlo.

8.7.2.- EL PROGRAMA SOCIO-ASISTENCIAL Y EL CENTRO DE DÍA

Este programa incluye actuaciones dirigidas a reducir o evitar la institucionalización que antaño suponía entrar en los dispositivos destinados a la atención de personas con problemas de salud mental por medio del desarrollo de la autonomía y la adquisición de las habilidades necesarias para desenvolverse con soltura en el ámbito social de manera que pueda conseguirse la inclusión en la comunidad.

Como rasgo especial de este Centro de Día hay que destacar que permanece abierto todos los días del año durante 14 horas, lo que asegura la continuidad en los cuidados, la ayuda a la contención en los momentos de mayor gravedad independientemente de cuando se produzcan y el cumplimiento de su papel como mediador social.

Este programa, que está dividido a su vez en otros tres subprogramas: actividades de la vida diaria (o AVDs), dinamización sociocultural y actividades terapéuticas, se marca a nivel global los siguientes objetivos (www.faserrate.es):

- Mejorar el autocuidado, autonomía y autoestima personal.
- Apoyar el uso de recursos en la comunidad.
- Recuperar habilidades cognitivas e instrumentales.
- Desarrollar habilidades relacionales y sociales que permitan la incorporación en la comunidad.
- Atender y mejorar las funciones familiares.
- Desarrollar áreas creativas y artísticas como instrumento de desarrollo y crecimiento personal.
- Orientar vocacional y laboralmente para el acceso al empleo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Este subprograma, cuya finalidad es mejorar la autonomía para la vida diaria, se desarrolla a través del acompañamiento como método de enseñanza y adquisición de destrezas a través de la práctica de los usuarios en aquellas actividades que para ellos suponen dificultades y que son necesarias para poder llevar una vida autónoma. Entre éstas podríamos nombrar mejorar el autocuidado (higiene, vestimenta, alimentación, hábitos saludables,...), potenciar y motivar hacia actividades y actitudes enriquecedoras y satisfactorias (modos de relacionarse, actividades motivantes, fomento y puesta en valor de las habilidades de cada persona) y afianzar conductas que permitan la autonomía (toma de medicación, compromisos médicos, uso correcto del dinero, planificación del tiempo,...).

DINAMIZACIÓN SOCIAL.

Este otro subprograma está dirigido a la inclusión de la persona en las actividades que se desarrollan en su entorno social y cultural, de tal modo que partiendo de las

motivaciones de cada sujeto y de las posibilidades que le brinda su comunidad podamos reducir el aislamiento que supone en muchas ocasiones el TMG. Recordaremos en este punto que al igual que en el resto de programas y subprogramas es vital la relación de confianza con las personas atendidas para poder acceder a sus motivaciones e intereses y para poder pactar o acordar objetivos realistas y positivos a nivel terapéutico.

Las actividades que se desarrollarán en la comunidad van a permitir trabajar las habilidades relacionales y fomentar actitudes participativas, consiguiendo incorporar al catálogo de herramientas sociales de los usuarios procedimientos y actitudes que faciliten la planificación y aprovechamiento efectivo del tiempo libre.

ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS Y TERAPIAS CREATIVAS.

Esta es la parte dirigida específicamente al desarrollo de la parte creativa de cada persona, es en sí un vehículo de expresión poco sujeto a límites y convencionalidades y permite al mismo tiempo trabajar la estimulación cognitiva, las habilidades sociales, la asunción de un rol creativo y la participación en actividades como componente productivo y activo de la sociedad (a través de las actuaciones del Coro Arcadia, las exposiciones del taller de pintura, los encuentros de pintura mural, la utilización de medios audiovisuales, la expresión literaria, o las actuaciones del grupo de teatro) que complementan los objetivos de rehabilitación indicados en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

La arte-terapia proporciona un espacio de expresión libre, un modo de comunicación artístico-creativo que permite en muchos casos descubrir habilidades y que facilita la expresión de sentimientos ante uno mismo y ante la comunidad. Esta actividad puede provocar un cambio de actitud y de la percepción de uno mismo que permite establecer nuevas metas y abordar retos mayores.

Por último, dada la capacidad de las producciones artísticas de despertar sentimientos y fomentar reflexiones en el público, se ha convertido en un medio muy eficaz para la generación de una conciencia más tolerante y menos estigmatizante sobre la enfermedad mental, acercando no sólo a las personas que participan en estas actividades sino a todo el colectivo a la comunidad.

8.7.3.- EL PROGRAMA RESIDENCIAL

Este programa supone la tercera pata del taburete que se ha llamado en esta tesis programa integral comunitario, e iría dirigido, como su nombre indica a trabajar el aspecto residencial o de vivienda. Al igual que los programas laboral y de centro de día comparte la orientación recuperadora (participación activa del usuario y objetivos de autonomía) y todos se apoyan mutuamente para el objetivo común de la rehabilitación psicosocial y la inclusión en la comunidad.

Desde este programa se establecen las actuaciones necesarias para que los usuarios que forman parte del programa aprendan a gestionar de nuevo su vida fuera de recursos asistenciales o de espacios muy protectores. Para ello deben adquirir destrezas de limpieza y orden, gestión económica (compras adecuadas a su presupuesto), habilidades para gestiones externas (contratos de luz y agua, pago de facturas, gestión de reparaciones, etc.), hábitos alimenticios saludables (cesta de la compra, habilidades en la cocina), otros hábitos de autocuidado (organización cotidiana, importancia del sueño, higiene personal, tomas de medicación, correcta vestimenta, etc.) o necesidades sociales.

Dependiendo del grado de autonomía de los usuarios, y siempre lastrados por el condicionante de la limitación de plazas, éstos pasan bien al subprograma de pisos supervisados o bien al de apoyo domiciliario.

PISOS SUPERVISADOS.

Este subprograma, dirigido a los usuarios con mayores necesidades de supervisión, consiste en la supervisión de pisos que la Fundación alquila para el entrenamiento en las habilidades básicas necesarias para la vida autónoma en una vivienda no supervisada y en convivencia con otras personas. Esto supone actuaciones dentro y fuera de los pisos con un acompañamiento muy intenso y objetivos que van desde lo más básico (acostarse/levantarse, hacer la cama, ducharse, etc.) hasta otros más complejos (gestiones externas, autogestión de las citas médicas y la medicación, etc.).

Este entrenamiento permite proporcionar una vivienda digna para la adaptación a una situación de mayor autonomía entre lo residencial (UME/ULE) y el apoyo domiciliario o la vida independiente, posibilita el refuerzo mutuo de los usuarios que comparten la

vivienda y da lugar a relaciones sociales normalizadas al tiempo que genera situaciones en las que inevitablemente los inquilinos deben asumir responsabilidades individuales en pro de un bien común y poner en práctica habilidades relacionales como puede ser la asertividad o la empatía.

APOYO DOMICILIARIO.

Este otro subprograma supone un intermedio entre los pisos supervisados y la vida independiente y ayuda a combatir la escasez de plazas en el subprograma de pisos supervisados, aligerando las altas y bajas en este recurso para dar paso a las personas con mayores dificultades.

Su objetivo principal es cubrir las necesidades de alojamiento en usuarios que todavía no tienen interiorizadas por completo las habilidades necesarias para vivir independientemente pero no necesitan un control tan exhaustivo como los usuarios del anterior programa por ser más capaces de detectar en que campos necesitan ayuda. Así pues el modo de trabajar en el apoyo domiciliario irá más encaminado a responder a las necesidades que van surgiendo, fomentar la convivencia por medio de la implicación en el mantenimiento y limpieza de la vivienda, posibilitar fórmulas intermedias más autónomas y mejorar la inclusión en la comunidad.

8.8.- COORDINACIÓN CON OTRAS ENTIDADES Y DISPOSITIVOS

La coordinación con otros recursos es indispensable tanto para la buena atención de los usuarios como para la optimización de los recursos públicos y privados de la comunidad sensibles de ser usados en el programa de rehabilitación.

La especificidad de la población atendida en las actividades de la Fundación desde su nacimiento (misión específica para personas con enfermedad mental grave) han modelado tanto su modo de trabajar con las personas como las vías de coordinación, establecidas a lo largo de sus 25 años de historia y actualmente muy asentadas, dirigidas muy concretamente hacia los servicios públicos de atención a la salud mental.

Su participación en el tejido asociativo de la ciudad queda reflejada igualmente en su alto grado de participación en CADIS (Coordinadora de Asociaciones de Discapacidad),

en la cual forma parte activa tanto del consejo de dirección como de las diferentes comisiones (educación, trabajo, ocio, ...).

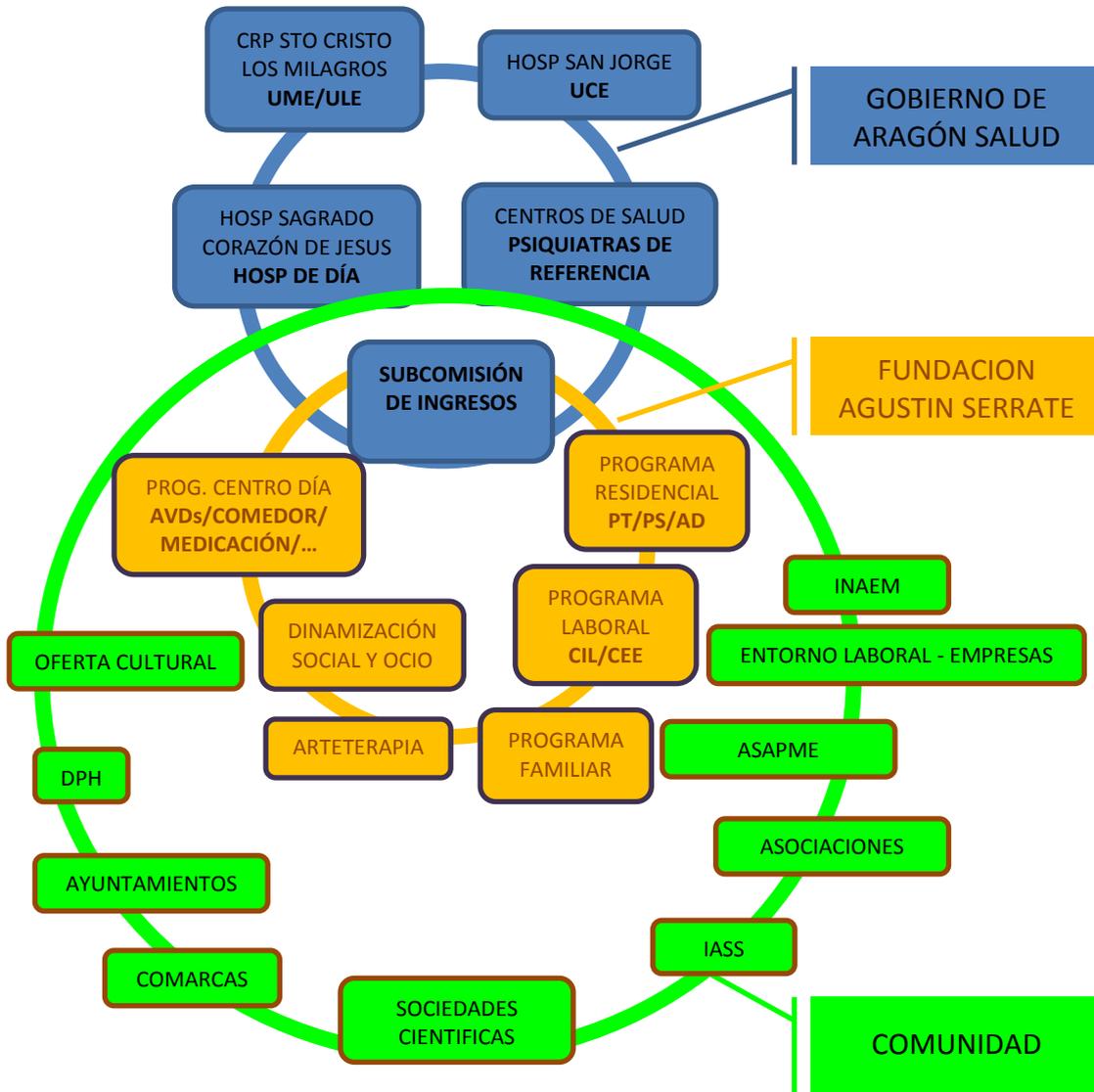


Gráfico 24 – Coordinación y alcance comunitario de la FAS. Fuente: Elaboración propia.

Igualmente tiene establecidas vías de colaboración/coordinación puntuales pero muy asentadas para la organización de eventos y actividades con otras entidades de gran importancia para la calidad en la atención a las personas usuarias del servicio como la Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial (AARP), la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) o la Asociación Pro-Salud Mental (ASAPME Huesca).

Actualmente tiene una relación de coordinación con la empresa Reciclajes y Derribos del Pirineo. En esta misma hay trabajando 8 personas con problemas de salud mental y la Fundación, al igual que trabajó coordinadamente con INAEM y empresa ayudando en los procesos y selección de estas personas, actualmente participa impartiendo formación para el resto de trabajadores de la empresa sobre la enfermedad mental y haciendo el seguimiento y apoyo de los 6 usuarios que entraron en la empresa desde su CIL.

Esta coordinación permite:

- **Optimizar los recursos disponibles en el área de salud mental** para la correcta atención de las personas atendidas a través de la coordinación de todos los profesionales que toman parte en su proceso de recuperación.
- **Participar en el tejido asociativo de la comunidad** a través de la participación para garantizar la visibilidad de la población con enfermedad mental.
- **Mantener un contacto permanente con las sociedades científicas dedicadas a la rehabilitación psicosocial** de personas con enfermedad mental grave para garantizar la actualización de conocimientos relativos a la actividad profesional de la Fundación, que revertirán directamente en la calidad de sus servicios.

ENTIDADES Y DISPOSITIVOS CON LOS QUE SE ESTABLECE COORDINACIÓN REGULAR Y RELEVANTE.

1. CRP Sto. Cristo de los Milagros (UME/ULE).

- 1.1. Reunión mensual para hablar de casos compartidos y coordinar actuaciones.
- 1.2. Reuniones aparte de la mensual a petición de cualquiera de las partes para hablar de casos específicos y coordinar actuaciones

2. Hospital Sagrado Corazón de Jesús. (Hospital de Día de Psiquiatría).

- 2.1. Reunión mensual para hablar de casos compartidos y coordinar actuaciones.
- 2.2. Reuniones aparte de la mensual a petición de cualquiera de las partes para hablar de casos específicos y coordinar actuaciones

3. Subcomisión de Ingresos (En la que están representados todos los servicios de Salud Mental: UCE, UME, ULE, Hospital de Día de Psiquiatría, los tres centros de salud, FAS, ASAPME y Hnos. de la Cruz Blanca).

- 3.1. Reunión mensual para derivaciones, estado de la lista de espera y otras cuestiones.

4. Psiquiatras de referencia de los tres centros de salud (Perpetuo Socorro, Pirineos y Santo Grial).

- 4.1. Reuniones trimestrales para hablar de casos compartidos y coordinar actuaciones.
- 4.2. Reuniones aparte de la mensual a petición de cualquiera de las partes para hablar de casos específicos y coordinar actuaciones

5. Coordinadora de Asociaciones de Personas con Discapacidad de Huesca (CADIS). La FAS participa en:

- 5.1. Consejo de dirección.
- 5.2. Comisión de educación.
- 5.3. Comisión de ocio.
- 5.4. Comisión de trabajo.

6. Asociación Pro Salud Mental de Huesca (ASAPME).

- 6.1. La presidenta forma parte del patronato de la Fundación.
- 6.2. Organización del mercado medieval. Anual.
- 6.3. Organización de la semana de la Salud Mental. Anual.
- 6.4. Participación de los usuarios de FAS en actividades de ASAPME

7. Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial AARP.

- 7.1. Su presidente es patrono de la Fundación.
- 7.2. Colaboración en Jornadas/Congresos (organización, ponencias, participación).
- 7.3. Participación en grupos de trabajo
- 7.4. Acciones formativas.

8. Federación Española de Rehabilitación Psicosocial FEARP.

- 8.1. Colaboración en Jornadas/Congresos (organización, ponencias, participación).
- 8.2. Participación en grupos de trabajo
- 8.3. Acciones formativas.

9. INAEM.

- 9.1. Ayuda y asesoramiento sobre las características específicas de las personas con enfermedad mental.

10. Reciclajes y Derribos del Pirineo SL.

- 10.1. Formación para los trabajadores.
- 10.2. Seguimiento para la adaptación al puesto de usuarios con enfermedad mental.

11. Comité de entidades representantes de personas con minusvalía (CERMI).

12. Federación Empresarial Española de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo (FEACEM).

13. Asociación Empresarial de Centros Especiales de Empleo de iniciativa social de Personas con Enfermedad Mental (ADECEM).

8.9.- LA SOCIALIZACIÓN

Las actividades dedicadas a la socialización se trabajan especialmente en tres espacios:

1. **El entorno laboral y los espacios del programa**, por ser un programa muy orientado a la inserción laboral (CIL supone cinco horas de lunes a viernes) que trabaja por medio del entrenamiento en un espacio laboral específico (talleres), es un lugar con una gran potencialidad para establecer y mantener relaciones sociales bajo supervisión, por lo que se establecen en el mismo programas específicos para ello.

Asimismo el resto de espacios del programa (centro de día, pisos, etc.) y sus actividades permiten trabajar la socialización entre pares y el afianzamiento de relaciones que en ocasiones pueden después extrapolarse al exterior.

2. **La familia**, como agente socializador de gran importancia, tanto por el peso afectivo de sus componentes como por la cantidad de tiempo que el usuario comparte con este agente. Al considerar que debe ser un agente activo en la recuperación de los usuarios debe tenerse en cuenta como fuente de relaciones sociales a cuidar y apoyar, por lo que también se diseñarán actuaciones específicas para abordar la socialización en el mismo.
3. **La comunidad**, como agente socializador es tratado más profundamente en la parte dedicada a los programas de ocio, pero por su importancia en la socialización de los usuarios se pondrán en marcha igualmente acciones de sensibilización y lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.

Este parte del programa persigue los objetivos de:

- **Socializar a través de la adquisición de destrezas laborales**, trabajando valores, normas y límites básicos para el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales positivas. Se trabajará el respeto al otro (tolerancia y respeto a la diversidad de opiniones), la percepción de uno mismo (expresión verbal y no verbal, conductas

positivas y perturbadoras de la socialización) y la confianza y seguridad para las relaciones (estrategias cognitivas de interacción social, exposición de ideas, escucha activa, negociación y consenso).

- **Generar espacios de intercambio y convivencia** con objetivos transversales de tolerancia y respeto a la diversidad de opiniones que favorezca el establecimiento de relaciones sociales. Potenciando en todo momento las conductas prosociales de ayuda y cooperación que surgen espontáneamente en el ámbito laboral, residencial o en las actividades del centro de día.
- **Promover confianza y seguridad en las relaciones sociales** a través de actividades específicas, dirigidas al desarrollo de estrategias cognitivas de interacción social, el conocimiento de conductas positivas y perturbadoras para la socialización y el entrenamiento de habilidades de comunicación verbal/no verbal (exposición de ideas, escucha activa, negociación y consenso).
- **Trabajar la inteligencia emocional** específicamente como capacidad para la socialización a través de la conciencia de uno mismo (conciencia emocional, valoración de uno mismo y confianza), la auto-regulación (autocontrol, confiabilidad, integridad, adaptabilidad e innovación), la motivación (motivación del logro, compromiso, iniciativa y optimismo), la empatía (comprender a los demás, orientación hacia el servicio, aprovechar la diversidad y comprensión organizativa) y la adquisición de habilidades sociales (influencia, comunicación, liderazgo, impulsar el cambio, resolución de conflictos, desarrollo de relaciones, colaboración y cooperación, y habilidades de equipo)
- **Ayudar a establecer los cimientos para relaciones familiares positivas.** Trabajar para generar la conciencia de la importancia de las relaciones familiares como apoyo afectivo durante y después del proceso de recuperación y como punto importante de socialización para combatir el riesgo de aislamiento. Para ello habrá que pautar las normas básicas de convivencia (respeto, escucha activa y apoyo) y afianzar la responsabilidad de uno mismo para las relaciones sociales positivas (percepción/análisis de uno mismo, tolerancia, diversidad de opiniones, conductas prosociales).
- **Sensibilizar a la comunidad** respecto a las dificultades de las personas con enfermedad mental para integrarse socialmente y establecer estrategias anti estigma para combatir los mitos e ideas falsas establecidas sobre este tipo de enfermedades.

Para ello se abren cíclicamente los dispositivos hacia la sociedad (Puertas abiertas, participación en mercados, organización de cursos, actuaciones del coro, etc.) se planifican acciones educativas dirigidas a colegios (obras de teatro, visitas guiadas, proyecto de huerto como espacio educativo, etc.) y se organizan charlas y jornadas informativas abiertas con profesionales de la salud mental para informar/sensibilizar a la ciudadanía.

8.10.- ACTIVIDADES DE OCIO

El ocio, entendido como elemento terapéutico, tiene un gran potencial liberador que permite superar insatisfacciones y permite encauzar y generar experiencias positivas y motivantes para ocupar el tiempo libre de un modo enriquecedor y positivo. Aunque actúa como elemento socializador se trata de forma específica por la importancia de la gestión de todo el tiempo que no se ocupa en el programa o que no se ocuparía si el usuario estuviera fuera del programa para evitar recaídas o agravamientos de la enfermedad.

Al igual que en otras partes del programa, la familia es un pilar importante en el programa de rehabilitación como colaboradora y como fuente de información, por lo que se hace partícipe de los planes de acción diseñados.

La Fundación ofrece un programa variado de actividades de ocio que permite conocer la oferta de la comunidad (deportiva, cultural o de otro tipo) y experimentar con las posibilidades de cara a despertar interés por alguna actividad. Los objetivos de esta parte del programa son:

- **Enseñar a utilizar el tiempo libre** en actividades que permitan liberar tensiones y desviar pensamientos negativos.
- **Generar la capacidad de planificar y gestionar** el tiempo de ocio de manera satisfactoria tanto individual como grupalmente (con amigos, familia y otros grupos).

Algunas de las actividades y apoyos que se han realizado para fomentar el ocio son:

- Viaje a la montaña en invierno (Viaje, actividades en la montaña, pernoctación en hotel/albergue)

- Viaje a la playa en verano (Viaje, actividades en la playa, pernoctación en hotel)
- Ayuda en las gestiones para vacaciones (reservas, planificación de viaje y maletas)
- Ayuda en las gestiones para actividades de ocio (búsqueda de actividades, orientación vocacional, acompañamiento y presentación y trámites)
- Música y terapias artísticas.
- Campeonato de guiñote.
- Organización de ocio grupal.

8.11.- DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA

El desarrollo de la autonomía se basa en superar las dificultades de los usuarios en el autocuidado (higiene personal, vestimenta y hábitos de vida) y las actividades instrumentales de la vida diaria (limpieza y organización del espacio, manejo social y conocimientos básicos) que repercuten gravemente en el ámbito laboral y social y que generan una gran dependencia para su integración socio-laboral (formación, búsqueda, consecución y mantenimiento de un empleo).

Así pues el objetivo general asociado a la autonomía será disminuir este nivel de dependencia a través del trabajo en diferentes áreas, a nivel individual y grupal y tanto dentro como fuera del espacio de los dispositivos. Siendo los objetivos a trabajar los siguientes:

- **Recuperar y/o mantener las habilidades de auto cuidado:** Alimentación, higiene personal, vestimenta, estructura horaria, ejercicio físico, educación sexual y educación sobre el consumo de tóxicos, prevención de riesgos relacionados con el autocuidado (posturas, movilidad, cargas, etc.).
- **Recuperar y/o mantener las habilidades de limpieza y organización de su espacio:** Manejo de herramientas de limpieza, organización del espacio y prevención de riesgos relacionados con el espacio (limpieza, obstáculos, elementos peligrosos, etc.).
- **Recuperar y/o mantener el manejo social:** Conocimiento y uso del transporte público, comunicación telefónica para avisar y recoger avisos, conocimiento y uso de recursos comunitarios, conocimiento y uso de recursos sanitarios, cálculo básico

y lecto-escritura (comprensión/expresión) y orientación temporal y espacial (planificación de su tiempo y conocimiento de su espacio).

- **Recuperar y/o mantener habilidades laborales específicas:** Técnicas de búsqueda de empleo, habilidades instrumentales-laborales específicas y relaciones en el ámbito laboral (con compañeros, mandos y clientes).

8.12.- ASPECTOS A TRABAJAR

Los objetivos de desarrollo de la autonomía que vamos a enumerar, junto con las acciones y sus evaluaciones periódicas serán uno de los apartados específicos a trabajar como parte de los PIRes.

1. Hábitos saludables.
 - 1.1. Gimnasia de mantenimiento.
 - 1.2. La toma de medicación.
 - 1.3. El consumo de tóxicos.
 - 1.4. La higiene personal.
 - 1.5. Hábitos de sueño.
 - 1.6. La dieta.
2. La vivienda
 - 2.1. Convivencia, higiene, mantenimiento y gestiones básicas
3. Manejo social.
 - 3.1. Red de transporte público. (Servicios, líneas, y teléfonos).
 - 3.2. Recursos sanitarios (Finalidad, direcciones, teléfonos).
 - 3.3. Relaciones laborales (compañeros, encargados, etc.).
 - 3.4. Convivencia (evitar el aislamiento, respetar, conversar, trabajar en equipo, asumir responsabilidades, etc.)
4. Herramientas básicas.
 - 4.1. Manejo de buscadores en internet.
 - 4.2. Expresión oral y escrita.
 - 4.3. Cálculo básico.
5. Psicoeducación.
 - 5.1. La enfermedad mental crónica (tipos, síntomas, estigma).

- 5.2. El tratamiento (consecuencias, efectos secundarios, mecanismos para recordar las tomas, responsabilidad).
- 5.3. Resolución de problemas (detección, abordaje, resolución).
- 5.4. Estrategias conductuales para la autonomía.
- 5.5. Conversación (inicio, desarrollo y final, expresión/percepción de sentimientos, mantener la opinión, asertividad).
- 5.6. Recuperar el rol de persona útil (valorar las capacidades para mejorar la autoestima).
6. El espacio laboral.
 - 6.1. Entrenamiento para la limpieza y orden.
 - 6.2. Cuidado y mantenimiento del EPI como prevención de accidentes.
 - 6.3. Toma de decisiones.
 - 6.4. Aprendizaje instrumental laboral (manejo de herramientas y conocimiento específico de técnicas, temporalización y tareas)
 - 6.5. Normas de seguridad e higiene laboral.
 - 6.6. Prevención de riesgos en el puesto. Directrices y responsabilidad.
 - 6.7. La importancia del E.P.I. (Equipo de protección individual).
 - 6.8. Derechos y deberes (Estatuto de los trabajadores y convenios).
7. Búsqueda de empleo.
 - 7.1. El currículum.
 - 7.2. La entrevista personal.
 - 7.3. INAEM. Servicios y funcionamiento.

Dado el papel protagonista de la familia en los procesos de recuperación de las personas con enfermedad mental y la importancia que tiene su implicación como principales cuidadores y encargados de la contención, se dedica dentro del programa familiar un espacio dedicado a sesiones de psicoeducación que faciliten el entendimiento y la comprensión de la enfermedad mental en sí misma. En estas sesiones se trabaja sobre:

- La enfermedad mental crónica (tipos, síntomas, estigma).
- El tratamiento (consecuencias, efectos secundarios, mecanismos para recordar las tomas, responsabilidad).
- Resolución de problemas (detección, abordaje, resolución).
- Estrategias conductuales para la autonomía.

- Conversación (inicio, desarrollo y final, expresión/percepción de sentimientos, mantener la opinión, asertividad).
- Detección temprana de crisis (indicios y síntomas).
- Modelos de actuación generales.

8.13.- EVALUACIÓN Y ATENCIÓN CONTINUA

La evaluación de los usuarios se hace de forma individualizada y continua siguiendo, al igual que en sus sistemas de gestión la metodología REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión). Desde el momento de la acogida en los programas de la Fundación se establece un programa individual de rehabilitación que será apoyado desde todas las áreas y acompañado permanente por la atención psicológica, social y familiar.

Los datos obtenidos en los informes y documentación recogidos antes del ingreso, junto con las entrevistas con usuario y familias y la evaluación intensiva realizada en la fase de incorporación sirven de base para establecer la situación de cada persona y fijar unos objetivos pactados con el usuario en base a sus necesidades, teniendo en cuenta su patología, capacidad cognitiva (deterioro), nivel cultural y social, entorno en el que vive y experiencias previas.

Tras pactar los objetivos se planifican las acciones a desarrollar en cada caso y en cada área (Autocuidado; Limpieza y organización del espacio; Manejo social; Habilidades laborales, etc.) y se establece un calendario de actividades (concretando horarios, localización, individual/grupal y responsables) y acciones concretas para desarrollar específica o transversalmente en la actividad desarrollada en el taller laboral, los pisos del programa residencial, el centro de día o en cualquiera del resto de actividades.

Una vez establecidos los objetivos, actividades, temporalización, indicadores y responsables se pone en marcha el plan. Las incidencias se registran por cada responsable en la base de datos de cada usuario (GRATAL) y pueden ser comentadas y modificadas directamente con el usuario en las diferentes reuniones y espacios que establece para este fin el programa.

Dependiendo de los resultados, el plan puede ser revisado o modificado antes de lo acordado en la planificación, pero siempre de forma pactada con el usuario, favoreciendo con su implicación en la toma de decisiones, y con el conocimiento y opinión de su familia y su psiquiatra de referencia.

Tanto los programas de rehabilitación de las personas atendidas como el funcionamiento de la organización son evaluados continuamente a través de un sistema de indicadores numéricos y revisados en las diferentes reuniones y comités: reuniones de talleres, reuniones de revisión de PIR, reuniones de cruce, reuniones de los diferentes procesos (Laboral, Centro de Día y Residencial), Comités de Gestión, Calidad y Comunicación.

La apertura del centro de día los 365 días al año de 7:45 a 22:00 permite un seguimiento muy intenso del estado de los usuarios que hacen uso del servicio de comidas y cenas, al mismo tiempo que permite a todas las personas que son atendidas en sus programas disponer de un punto de referencia, con personal altamente cualificado para la contención y la escucha, al que acudir en caso de agudización de la sintomatología propia de las enfermedades mentales.

8.14.- SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN LA EFQM

Para resumir la andadura de la Fundación en la senda de la calidad se puede empezar diciendo que todo empezó en el 2010. Fue el año en que la Fundación inició su recorrido en certificaciones de gestión de la calidad tomando como referencia el Modelo EFQM de Excelencia Europea. Un grupo de seis personas de la organización, elegidos por gerencia bajo el criterio de representar a los distintos niveles y programas, recibieron formación sobre el modelo (versión 2003) y realizaron la primera autoevaluación de la gestión de la Fundación usando la herramienta específica *Perfil*, en la que superaron los 200 puntos de puntuación en noviembre de 2010.

De diciembre de 2010 a julio de 2011 el Comité de Calidad constituido promovió el desarrollo de tres acciones de mejora: 1) *Elaboración del Plan Estratégico de la entidad*; 2) *Despliegue del Mapa de Procesos*; y 3) *Elaboración de un Plan de Formación*. La Fundación obtuvo en julio de ese mismo año el Sello de Compromiso con la Calidad del Modelo EFQM.

Desde la obtención del Sello hasta junio de 2012 la Fundación mantuvo las mejoras relevantes conseguidas durante los años anteriores y facilitó a las personas el desarrollo de la misma. En noviembre de 2012 y tras aplicar nuevamente la herramienta de autoevaluación *Perfil* del modelo EFQM (versión 2010) obtuvo la puntuación necesaria para optar a la renovación del sello de *Compromiso con la Calidad*.

Desde finales de 2012 hasta junio de 2013 se pusieron en marcha y se desarrollaron otras tres acciones de mejora relevantes: 1) *Definición de puestos y perfiles profesionales*; 2) *Elaboración de un proceso de comunicación interna*; 3) *Elaboración de un plan de comunicación externa*.

Mientras se seguía en la senda de la mejora continua la organización fue seleccionada por el Instituto Aragonés de Fomento para participar en el Premio a la Excelencia Empresarial 2014 y fue seleccionada tras una auditoria como finalista al mismo. Fruto del proceso de este premio dio el salto preparativo hacia la puntuación de +300 ptos con la elaboración de su primera memoria conceptual en julio de 2014.

Esta apuesta por el sistema de gestión EFQM ha permitido a la Fundación Agustín Serrate ordenar a través de procesos su funcionamiento, procedimentar muchas de su actuaciones y medir la magnitud y el alcance del servicio que presta, la satisfacción que genera en sus diversos grupos de interés (personas, usuarios, familias) y sus resultados, los cuales se han visto reforzados y completados por el estudio llevado a cabo por el grupo ECODES en 2014, primero realizado sobre una entidad que trabaja específicamente la enfermedad mental grave siguiendo la metodología SROI, que ha podido evaluar el impacto social de la actividad de la Fundación medido en euros con un resultado final de retorno a la sociedad de 3,15€ por cada euro invertido y que puede verse más detalladamente en los anexos de esta tesis.

Es necesario mencionar expresamente, por dar fe de la importancia de los servicios que actualmente gestiona la FAS, el resultado obtenido sobre la calidad de vida en el estudio de impacto social mencionado, el cuál reflejó que las personas atendidas en la Fundación Agustín Serrate, tras ser evaluadas a través de la escala de calidad de vida GENCAT. Esta escala es un instrumento desarrollado por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales que incluye 69 ítems divididos en ocho

dimensiones de calidad de vida: 1. Bienestar emocional; 2. Bienestar Físico; 3. Material de Bienestar; 4. Autodeterminación; 5. Desarrollo personal; 6. Inclusión social; 7. Relaciones interpersonales; 8. Derechos.

Los resultados mostraban que los usuarios de los servicios de la Fundación se encontraban por encima de la media en seis de los ocho campos que componen la susodicha escala (Autodeterminación, Relaciones Interpersonales, Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Inclusión Social, Desarrollo Personal) y al mismo nivel en los otros dos (Bienestar material y derechos).

Además, en una encuesta orientada a cuantificar los cambios detectados por los mismos usuarios tras pasar por los servicios de la Fundación, los resultados fueron igual de contundentes:

- La satisfacción con la vida paso de 4,4 a 6,7 sobre 10.
- El 77% había visto mejoradas sus relaciones sociales.
- El 96% reconocía el efecto positivo de los programas de la FAS para su salud mental.
- El 79% reconocía el efecto positivo de los programas de la FAS en su salud física.

A lo que también hay que añadir otros resultados como reducciones en el número y duración de ingresos hospitalarios, reducción en el número de visitas al psiquiatra del centro de salud (tanto programadas como no programadas), ahorros en prestaciones y pensiones, ahorros para otros recursos públicos laborales, asistenciales y sociales, etc.

8.15.- ANALISIS ORGANIZACIONAL

Para entender el porqué de la actual estructura de la organización se debe poner especial atención en el contexto presente en sus inicios y los inputs que han condicionado su desarrollo hasta la actualidad. Todo ello analizado desde la perspectiva teórica de la sociología de las organizaciones y el análisis del comportamiento organizacional con todos sus elementos, niveles y procesos.

El primer condicionante de la estructura y sus objetivos de partida es que estos programas nacieron fruto de un consenso absoluto de todas las fuerzas políticas y sindicales en torno a la convicción de que era necesario desarrollar programas de rehabilitación en la comunidad en un primer momento y crear un CEE que diera salida laboral a este colectivo en un segundo estadio. Este consenso, que aseguraba la estabilidad de los programas comunitarios y el CEE en los cambios políticos, permitió sentar las bases en la provincia de Huesca de lo que se convertiría en un modelo altamente especializado de rehabilitación psicosocial en la comunidad para personas con TMG, a la vez que muy diferenciado respecto al resto de provincias y comunidades.

Otra de las particularidades del modelo comunitario oscense fue la dotación desde el inicio de personal funcionario orientado a la atención. Este personal, presente desde el nacimiento de los programas, también ha condicionado el desarrollo de la organización por sus características como grupo altamente motivado para el cambio y la apertura social, además de muy especializados en un área que se encontraba muy alejada, cuando no enfrentada, respecto a la filosofía de encierro manicomial imperante en los sistemas públicos de atención a la salud mental de su tiempo. Una organización es como tal un sistema compuesto por personas que trabajan coordinadamente en mayor o menor medida para conseguir un objetivo (Sison y Fontrodona, 2006), y el objetivo u objetivos compartidos motivaron a su vez las acciones emprendidas y por lo tanto condicionaron el desarrollo de la actividad (Pinto, 2013).

Este personal funcionario, como ya se ha señalado, estaba muy orientado a la atención directa (auxiliares de clínica especializados en muchos casos en psiquiatría, además de personal para apoyar las funciones administrativas que compartía la misma ideología comunitaria) y compartía unos objetivos y una ideología orientados a la rehabilitación comunitaria y a la inclusión en la sociedad de las personas con TMG. A sus características como grupo se suma el hecho de que asumieron, además de la función más ejecutiva de la rehabilitación, también la ideológica y, en cierto modo, la de diseño organizacional, ocupando los puestos intermedios y asumiendo labores de coordinación y apoyo a la creación y apertura de nuevos dispositivos y al desarrollo e integración en un único programa de los ya disponibles. Su huella es patente así en una organización que a través de una cultura informal, presenta unos valores no escritos que aglutinan componentes humanos y profesionales que, tal vez por orientación profesional, han

potenciado, por encima de otras áreas de la organización, el desarrollo y actualización de la teoría y la práctica en lo relativo a la rehabilitación psicosocial y los métodos y modos de intervención en la atención directa y la acción terapéutica.

El consenso político mencionado se ha traducido en un apoyo público a estos programas que también ha condicionado sobremanera la estructura actual del CEE Arcadia, tanto en lo relativo a sus actividades como en cuanto al número de dispositivos y a la particularidad de su plantilla, y es que es de especial importancia señalar entre sus señas de identidad que es el único centro especial de empleo de España dedicado exclusivamente a personas con trastorno mental grave. Este apoyo, mostrado en un primer momento a través de la contratación de servicios de mantenimiento de jardines y lavandería por parte del propio departamento sanitario y apoyo a la producción en el Vivero Provincial por parte de la Diputación Provincial de Huesca, fue ampliado a servicios para otros ayuntamientos y ha supuesto una gran parte de la carga de trabajo del CEE a través de su historia.

Más tarde también se sumaron encargos desde otras empresas y particulares que permitieron un aumento de las instalaciones y una diversificación de las actividades para acabar conformando un sistema de rehabilitación laboral que se adaptaba ya no sólo a las necesidades entendidas como básicas para el enfermo mental grave tipo, sino que llegaba también a cubrir tanto las necesidades vocacionales como las físicas (trabajos físicos o mentales, de fuerza o habilidad, en espacios abiertos o cerrados, asumiendo tareas repetitivas o creativas, etc.). Y todo ello compartiendo equipo, espacio y programa en primer lugar con un centro de día que aborda todos los aspectos de trabajo y apoyo al autocuidado, alimentación e higiene, control de la medicación, detección de síntomas, escucha activa, apoyo social y comunitario y otras actividades terapéuticas ya sean artísticas, ya sean de recuperación sensorial y cognitiva; en segundo lugar con un programa residencial que garantiza la enseñanza y el seguimiento de las habilidades necesarias para llevar una vida cada vez más independiente, y en tercer lugar compartiendo objetivos y trabajo con los profesionales sanitarios de referencia en los centros de salud, en el hospital y en los dispositivos de rehabilitación gestionados por el sistema público de salud.

Se podría decir a la vista de estas particularidades que el actual modelo se ha desarrollado dentro de la administración, tanto por el grado de coordinación del sistema

con los dispositivos gestionados desde el sistema público de salud como por el personal público que se ha especializado sobremanera junto al modelo, la financiación que de manera regular ha apoyado el desarrollo de los mismos por medio de la concertación de plazas de atención sanitaria y la contratación de trabajos por medio del CEE, y por unos objetivos compartidos tanto con el sistema sanitario en general como con las personas y profesionales que lo componen en particular. Los talleres y dispositivos gestionados por la FAS (FUNDACIÓN “AGUSTÍN SERRATE”) y los recursos públicos han convivido y se han desarrollado juntos durante tanto tiempo que se han fundido en sus valores y objetivos en torno a una cultura común que es visible a través del alto grado de coordinación tanto a nivel asistencial como administrativo, y han generado una interdependencia que ha permitido establecer un engranaje común que produce sinergias y aporta muchas ventajas al usuario de la red pública de salud mental de Huesca.

Al mismo tiempo esta vinculación ha generado también una relación de dependencia tanto en los dispositivos que gestiona la organización estudiada como en el resto de recursos, ya que por ejemplo los edificios construidos para albergar las unidades de media y larga estancia, así como la unidad hospitalaria destinada a cuidados especiales fueron construidos para responder a las necesidades de un entorno con la presencia de un modelo de rehabilitación que apostaba muy claramente por la atención en la comunidad y que ha demostrado una gran eficacia en la contención de crisis incipientes y en evitar ingresos, por lo que es más que probable que no tendrían capacidad para albergar a todas las personas que necesitarían de estos servicios de no existir los actuales dispositivos laborales, residenciales y de centro de día comunitarios que gestiona la Fundación. Los modelos comunitarios suponen en si una adaptación para conformar un modelo de atención más preventivo y menos institucionalizado, y más socializador que discriminador, suponiendo una solución barata y con un alto retorno social de los recursos invertidos en el sistema (ECODES, 2014).

El modelo desarrollado ha generado un sistema altamente eficaz en el número de personas atendidas, en la inclusión social y en la coordinación con lo público, pero los cambios en las políticas socioeconómicas de los últimos años están forzando cambios profundos a nivel organizacional que permitan adaptarse a un entorno cada vez más competitivo y dónde los resultados ya no se miden únicamente en personas atendidas, rapidez en la acogida y tratamiento de nuevos usuarios o coordinación con los

psiquiatras de referencia. A estos tradicionales indicadores de éxito hay que añadir nuevos indicadores de eficacia económica y competitividad en precios a la hora de presentarse a los concursos para la adjudicación de plazas y servicios.

Estos cambios obligan a generar dentro de la propia estructura mecanismos más empresariales para la comercialización de los productos del CEE como aporte económico al programa que permitan al menos mantener los contratos de uno de los colectivos con mayor índice de desempleo; construir protocolos para la búsqueda de nuevos financiadores; crear canales hacia el exterior para reflejar la importante actividad de la organización y su repercusión socioeconómica en la comunidad; invertir en investigación, innovación y desarrollo para garantizar que continúe la evolución del programa de atención comunitaria y ampliar en general las tareas administrativas que complementan a los órganos gestores para atender la cada vez más complicada red de relaciones institucionales, la búsqueda de alianzas y la necesidad de buscar y satisfacer las posibles nuevas fuentes de financiación. Todo ello orientado a satisfacer las necesidades de las nuevas demandas recibidas tanto desde los posibles financiadores como desde los sistemas de salud mental que derivan a las personas que se atienden, las cuales en estos momentos de crisis económica aumentan tanto en número como en gravedad.

Para acometer estos cambios, la organización tiene como referencia el modelo de gestión de la EFQM (European Foundation for Quality Management), por considerarse muy flexible y especialmente adaptable a una organización sin ánimo de lucro y que responde a una misión inminentemente social. Este modelo, adoptado en 2010 por la organización ha permitido ordenar y desarrollar áreas que, aunque ya eran tenidas en cuenta en la gestión del día a día, cada vez son más valoradas tanto desde la sociedad como desde la administración a la hora de concertar servicios públicos, como son la comunicación interna y externa, la formación continua de los profesionales, la adecuación de los perfiles profesionales, la gestión por procesos, la planificación estratégica y la metodología REDER en la gestión y planificación de acciones y recursos, las relaciones institucionales o la presencia de mecanismos para medir la satisfacción de los grupos de interés, entre otras.

A continuación, como parte del análisis del funcionamiento de la organización, se hará una descripción de las variables dependientes e independientes que repercuten en el

comportamiento organizacional, haciendo especial hincapié en tres niveles; el individuo, el grupo y la organización (Robbins, 1999).

A la hora de analizar la función de los individuos dentro de la organización se debe atender a sus actitudes, personalidades, habilidades físicas y mentales y a otros patrones de influencia como la edad, sexo, antigüedad en la organización, posición jerárquica, etc. Si bien existe una gran variedad en lo relativo a estos factores, podemos describir algunos factores de especial importancia para el desempeño de la misión de la organización y que reúnen la gran mayoría de los trabajadores.

En primer lugar es importante señalar como patrimonio de la organización un equipo profesional de atención directa que se ha desarrollado al mismo tiempo que el programa y que por lo tanto ha interiorizado el espíritu y los valores de este proyecto como propios, lo que ha facilitado sobremanera su transmisión a las nuevas incorporaciones de personal. Como características del individuo tipo de la organización hay que destacar que su personalidad es extrovertida, cooperativa, respetuosa, positiva, segura, abierta al cambio y especialmente paciente y comprensiva. Además se puede hablar de personas con un gran espíritu de aprendizaje y motivación para establecer cambios y realizar mejoras en la atención, lo cual concuerda con la alta participación en acciones formativas y de reciclaje así como en la alta especialización y la variedad de titulaciones académicas que conforman el equipo profesional de la Fundación Agustín Serrate.

Las actitudes de los profesionales, comprometidas tanto con su trabajo como con la organización reflejan altos índices de satisfacción año tras año y las encuestas de clima laboral muestran altas puntuaciones en condiciones laborales, recompensas, relaciones con compañeros y superiores y reconocimiento del trabajo que se desarrolla desde la organización como entidad social. Del mismo modo tanto los índices de absentismo como las rotaciones en el personal son anecdóticas y debidas generalmente a bajas por enfermedad común o permisos retribuidos por asuntos familiares (hospitalizaciones, nacimientos, defunciones, etc.).

Además, todo el personal de la organización es responsable de una parte de los objetivos de la organización, y como tal tiene un espacio decisorio importante, que se basa en datos y orientaciones puestas en común en reuniones de equipo y por dispositivos.

En relación a las personas que administran y dirigen la organización cabe destacar que comparten, en general, un estilo muy participativo en la toma de decisiones, basadas en reuniones y orientadas a un objetivo muy concreto, la misión de la organización. Son personas abiertas tanto al resto de la organización como al entorno y los grupos de interés y poseen una personalidad más bien emprendedora, además de segura y entusiasta.

Si ascendemos al nivel de grupo se pueden observar claramente diferenciados grupos formales e informales, los grupos formales, que están claramente plasmados en el organigrama de la organización, se dividen por niveles jerárquicos, departamentos, programas y dispositivos.

Por otro lado los grupos informales, si bien en muchos casos coinciden con los formales por el condicionante de compartir espacio y horario, también presentan diferencias fruto de las inquietudes, antigüedad en el proyecto, objetivos comunes en el trabajo (tanto los globales como el hecho de trabajar con usuarios que participan en varios programas), características personales e intereses extra-laborales o diferencias en cuanto a matices respecto al modo de observar la tarea que los une (diversas opiniones respecto a la rehabilitación psicosocial en casos concretos y modos de actuación generales).

Los grupos de trabajo conocen la misión de la organización y actúan de acuerdo con la estrategia de la organización, respetando la estructura de autoridad de la organización y la que se establezca en cada grupo de trabajo, bien de manera formal o informal desde la organización o desde el propio grupo.

En los diferentes grupos se puede observar, en primer lugar, un grupo de mando de la organización formado por el gerente, los propietarios de los tres principales procesos operativos (centro de día, laboral y residencial) y por la coordinadora de gestión. Este grupo, que tiene una reunión mensual de control, ejerce la función de informar, coordinar, planificar y aportar su conocimiento a la toma de decisiones. Además, este grupo de mando tiene su paralelo en los procesos operativos para la parte de decisión autónoma que posee cada dispositivo.

Por otro lado, se encuentran los grupos de tarea, que son los grupos que comparten tareas comunes dentro de la vida organizacional, entre los se pueden nombrar como ejemplos más significativos los grupos de trabajo que se encargan de desarrollar las

áreas de mejora en la parte de calidad y mejora continua o los grupos formados en talleres y dispositivos para atender diversas tareas, ya sean productivas dentro del proceso laboral o de compartir cuidados y actividades terapéuticas en torno a usuarios comunes entre personas de todos los dispositivos.

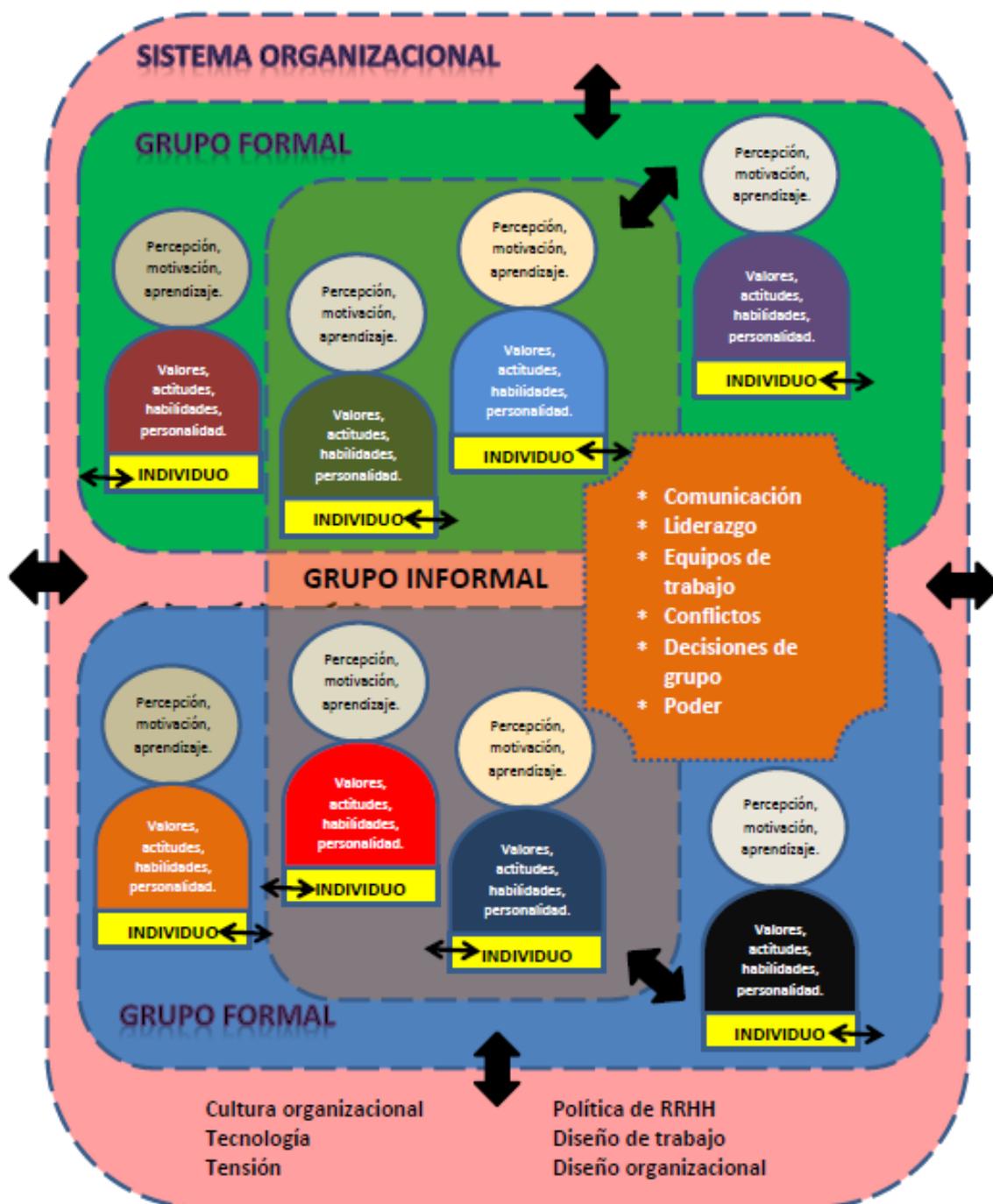


Gráfico 25 – Sistema organizacional. Fuente: Elaboración propia.

En tercer lugar, emergen aquellos grupos que comparten intereses, que serían aquellos formados por compartir una meta de interés común. Tanto en este caso como en el resto de los grupos es interesante hacer hincapié en otra subdivisión referida a la temporalidad o regularidad de estos grupos. En este caso si la meta compartida es un objetivo cumplible a corto plazo probablemente el grupo dure poco, pero si la meta compartida es un objetivo más genérico o a largo plazo como sería la mayor integración de las personas con enfermedad mental en su entorno próximo, estaríamos hablando de grupos más estables.

En último lugar, se identifican los grupos formados en torno a la amistad, y en este caso hablaríamos de grupos que se forman en el trabajo y cuyo principal aglutinante es la afinidad; se trata de los colectivos de personas alrededor de gustos o aficiones personales como pueden ser hobbies, pertenencia a un equipo de fútbol, afinidad política, etc. estableciéndose así lazos de amistad que no tienen por qué tener nada que ver con otras afinidades que pudieran derivarse del desempeño de su tarea o su posición en la organización.

En el análisis de la organización se ha podido observar la gran riqueza de grupos, siendo fácil identificar y observar todas las tipologías y adivinar las diferentes motivaciones de cada uno en torno a tareas, afinidades, el grado de autoestima de sus miembros por pertenencia a dichos grupos, el apoyo emocional que los individuos que los forman reciben constantemente, sus objetivos comunes, seguridad, o estatus.

De igual modo se pueden observar los individuos que articulan esta red de grupos para formar un grupo mayor que formaría el gráfico humano de la organización en torno a sus grupos y subgrupos. Los individuos pueden dividirse según el papel que desempeñan en las relaciones entre grupos como individuo vínculo cuando conecta dos o más grupos sin formar parte de ninguno de ellos, individuo estrella cuando conecta dos o más grupos por pertenecer a ellos e individuo aislante cuando no pertenece a ningún grupo.

En el análisis de la organización se aprecian, como se ha dicho anteriormente, gran cantidad de grupos informales, además de los claramente definidos y normativizados grupos formales, y en su análisis se ha podido observar que existen muy pocos individuos que queden fuera de los grupos informales, algo que corroboran las medidas

que se realizan habitualmente sobre el clima organizacional y el elevado grado de satisfacción laboral expresado por los miembros de la organización. En cuanto a la articulación de los distintos grupos podemos hablar de unos pocos individuos que son capaces de establecer conexiones sin formar parte explícitamente de ninguno de ellos, así como de otros que aúnan por su pertenencia formal a distintos grupos, y por último, es destacable señalar la existencia de individuos que pertenecen tanto formal como informalmente a distintos grupos y que son capaces de facilitar una gran cantidad de relaciones tanto entre grupos como entre individuos.

Al analizar las redes de comunicación utilizadas en la organización, se observan diferencias en el desarrollo de la comunicación interna y externa. La comunicación interna se articula por medio de reuniones y actas, correo electrónico, llamadas telefónicas, y en algunos casos otras nuevas tecnologías, como es el caso de la aplicación para móvil WhatsApp. Esta comunicación se muestra especialmente eficaz en la transmisión de información sobre eventos y actuaciones concretas del día a día, en el tráfico de información sobre usuarios.

La comunicación externa, si bien es muy intensa con algunos grupos de interés, por ejemplo con la coordinadora de asociaciones de discapacidad (CADIS) a través de la participación en reuniones y grupos de trabajo, no está tan desarrollada en lo relativo a imagen institucional, probablemente por la escasez de recursos económicos, sumada a una orientación muy clara de los recursos a la atención directa y combinada con una escasa necesidad de captar nuevos recursos al haberse desarrollado en un ambiente de apoyo institucional muy claro.

Al observar el tipo de liderazgo dentro de la organización, con base en los resultados de las encuestas de clima laboral relativas al liderazgo, se puede apreciar la identificación y aceptación desde todos los niveles de la organización de los líderes formales, así como la satisfacción generada por sus acciones. Del mismo modo, se puede apreciar la horizontalidad de sus actuaciones a través de múltiples reuniones que permiten recopilar la información y opiniones desde todos los dispositivos, y además son utilizadas en los procesos de decisión tanto en la comisión de gestión como en las demás subcomisiones y sus reuniones respectivas.

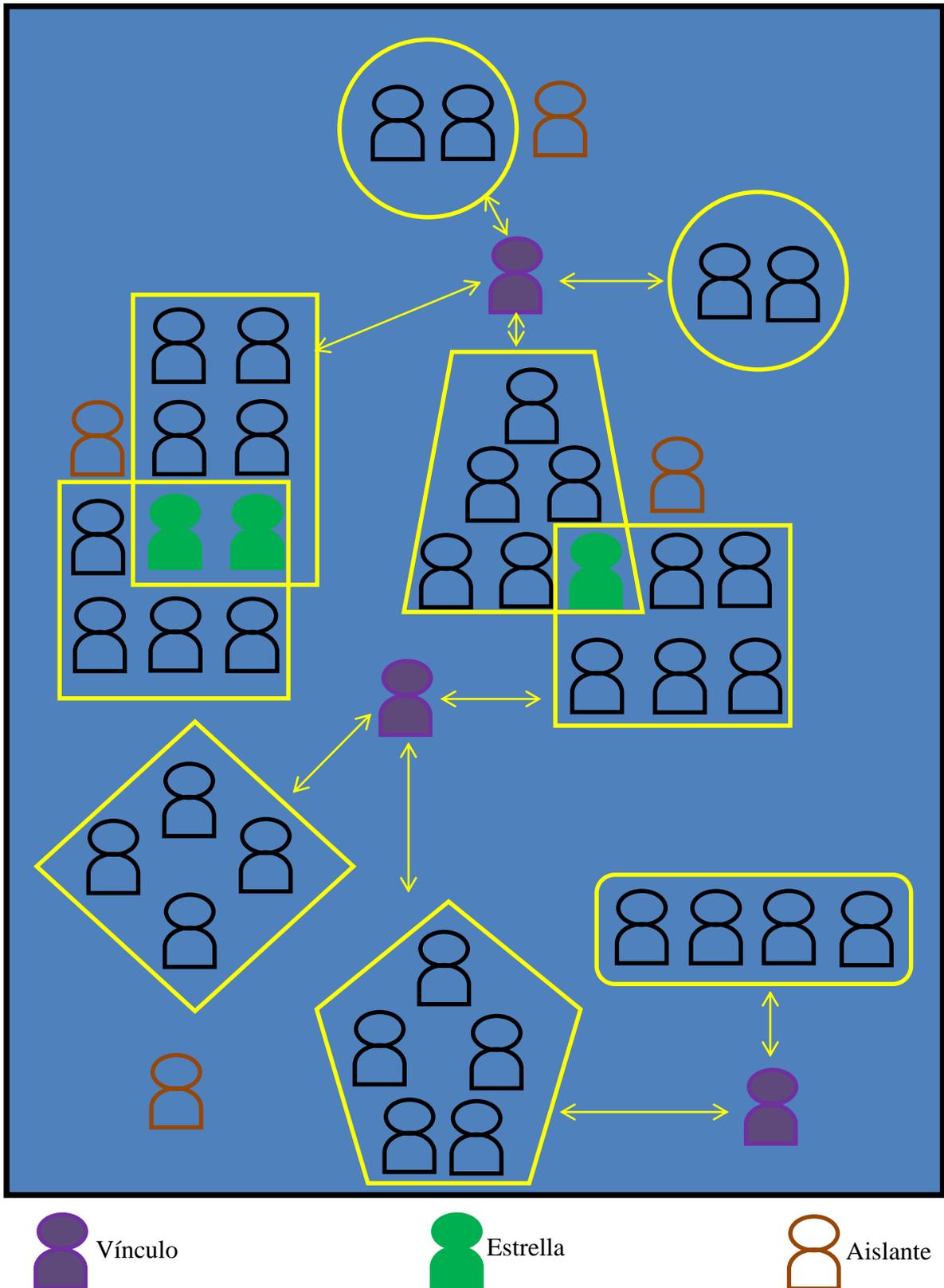


Gráfico 26 – Los individuos en la organización. Fuente: Elaboración propia.

Desde la organización, si bien no existe un mapa de líderes informales, son tenidos en cuenta a la hora de formar comisiones o transmitir y recopilar informaciones y opiniones sobre los programas y el funcionamiento de los mismos o sobre otros temas que requieran de su participación.

El compromiso con la innovación y la investigación desde la organización es claro, aunque también es cierto que el proceso formal que pretende ordenarla y procedimentarla está en estos momentos en construcción. La principal fuente de innovación de la Fundación mana de la organización de acciones formativas con especialistas de demostrado prestigio y de las iniciativas personales de un equipo personal con una gran inquietud y motivación por el aprendizaje y la mejora, aspectos que son apoyados desde la organización tanto con la concesión de permisos retribuidos como con aporte económico para acciones consideradas de interés para la mejora continua del programa.

Si pasamos a temas relacionados más directamente con la investigación es destacable el trabajo encargado al grupo Ecodes, que utilizando la metodología SROI (Social Return On Investment) calculó en 2014 el retorno económico de la actividad de la organización durante el año 2013. Además se fomenta la participación en los congresos organizados sobre rehabilitación psicosocial y se anima a la presentación de comunicaciones y posters en los mismos.

En resumen, la Fundación se puede definir como una organización dinámica, orientada al cambio y la mejora continua, con un gran compromiso con su misión y valores (consensuados con los principales grupos de interés) tanto desde los líderes como desde el resto de los componentes de la organización, y con un equipo humano altamente profesionalizado y con una gran potencialidad para acometer los cambios necesarios que permitan seguir garantizando los elevados niveles de calidad de las actividades de la institución tanto en el presente como en el futuro.

9.- CONCLUSIONES.

Una vez mostrada la estructura del programa objeto de estudio, después de haber observado la imagen social de la enfermedad mental en la ciudad seleccionada y tras analizar los discursos de los tres actantes que han vivido en primera persona el camino hacia la rehabilitación y que han culminado el mismo con el trabajo fuera de estructuras protegidas, es el momento de reflexionar. En este apartado se intentarán sacar unas conclusiones comunes respecto a las características del programa actual, sus usuarios y la sociedad, que permitan posteriormente formular una serie de propuestas de mejora, abordables desde la organización, en aras a ayudar a cumplir su misión social. Estas conclusiones, junto a las propuestas de mejora, darán respuesta a los objetivos e hipótesis de partida del trabajo.

En primer lugar, y en respuesta al objetivo de conocer la realidad social de varias personas con TMG que hayan pasado por los dispositivos de rehabilitación del actual modelo público integral comunitario de la provincia de Huesca, se puede afirmar que no existe un único patrón sociológico entre los usuarios de estos servicios. De hecho, las personas entrevistadas en esta tesis provenían de tres realidades sociales totalmente diferentes en cuanto a su estructura familiar de origen, situación económica, formación, edad del primer brote, etc.

Además, estas desiguales situaciones de partida que condicionaron sus caminos de manera muy diferente desde su nacimiento hasta la enfermedad, siguieron siendo desiguales después de ésta, condicionando también sus distintas rutas o itinerarios rehabilitadores. De hecho, el único denominador común entre las personas entrevistadas es que hayan sido atendidas por el sistema público de salud, dentro de éste, a través de los recursos públicos comunitarios de atención a la salud mental y más específicamente por el servicio de acompañamiento al empleo ordinario, perteneciente al programa integral de rehabilitación para personas con TMG que gestiona la Fundación Agustín Serrate.

Así pues, hemos podido observar cómo la estructura de la red integral de atención a la salud mental ha demostrado ser capaz de afrontar las diferentes realidades sociales de las personas atendidas con el objetivo de buscar soluciones eficaces y orientarlas a la recuperación de todas ellas. Esta recuperación siempre debe partir de las diferentes capacidades, actitudes, aptitudes y recursos y debe estar orientada a la consecución del mayor grado de autonomía posible. Esta orientación implica poner en valor la

particularidad de una metodología que pone especial énfasis en el desarrollo y aseguramiento de la capacidad concreta y primaria de ser independientes y autónomos económicamente.

En lo relativo al objetivo de identificar los mediadores sociales que acompañan a la persona enferma en un proceso de rehabilitación y su importancia en el mismo, se deben nombrar como más notables, por orden de importancia para las personas entrevistadas, los siguientes: familia, psiquiatra/psicólogo, programa comunitario, compañeros de trabajo/programa y otros círculos de apoyo. Estos mediadores sociales conforman ni más ni menos que la parte principal de la comunidad de la persona atendida a la hora de condicionar su proceso de rehabilitación, y como tales deberían ser atendidos y trabajados específicamente e intensamente como una herramienta fundamental de los programas de rehabilitación, más todavía de aquellos recursos que llamamos comunitarios.

Al hablar de estos mediadores debemos hacer hincapié en la importancia de la familia, tanto por la significatividad de sus actos y palabras sobre las personas atendidas como por la cantidad de tiempo que han compartido y pueden compartir con ellos. La familia es probablemente el elemento de la comunidad más determinante para las personas, y como tal puede ser causa de empeoramiento y al mismo tiempo de mejora, fuente de enfermedad y a la vez de cura. Entender la comunidad como condicionante de la salud mental de las personas implica que no es suficiente desarrollar los programas de rehabilitación en la comunidad, sino que es necesario actuar sobre ella para aprovechar su potencialidad como coadyuvante y anular sus posibles influencias negativas.

Se debe dar el paso de *trabajar en* la comunidad a *trabajar con/desde* la comunidad, y la diferencia conceptual de estos dos enfoques hace necesario dotar de más recursos las estructuras de atención para que la familia, por su importancia como mediador social y parte importante de la comunidad, vaya en la misma dirección que los recursos profesionales. Este cambio de enfoque implica que no sólo se actúa sobre el individuo, como habitualmente se hace en este tipo de programas; sino sobre todo su entorno para provocar mejoras a partir de actuaciones que supongan cambios y corrijan los frenos a su recuperación que pudieran estar actuando desde su medio social.

Por otro lado estaría la figura del psiquiatra/psicólogo de referencia, el cual va a condicionar la recuperación de la persona atendida desde el momento en que es él quien decide en qué tipo de recurso debe abordar cada persona su recuperación. Además, su cercanía y su capacidad para ganarse la confianza tanto de la persona que atiende como de su entorno marcarán su valor referencial como mediador social para la persona que se está recuperando. Esta figura profesional acompaña a las personas en todo el proceso motivando para la mejora y apoyando en los momentos de crisis, y sobre todo influyendo notablemente en la autoimagen de la persona, por ser considerado como el espejo más fiable donde mirarse, por lo que tiene la responsabilidad de evitar generar ideas pesimistas y poco ambiciosas y al mismo tiempo no poner metas u objetivos irreales.

En tercer lugar, en lo relativo a los mediadores sociales, se debe hablar de los propios recursos comunitarios y sus profesionales, los cuales tienen la responsabilidad de atender durante muchas horas a las personas en proceso de recuperación, siendo al mismo tiempo el principal nexo de unión entre las personas y el llamado entorno social normalizado. Aunque ya se hayan analizado en profundidad en otra parte de este estudio no está de más recalcar que estos recursos pueden ser un gran coadyuvante si sus programas se desarrollan en y hacia la comunidad. Del mismo modo que la legitimidad del psiquiatra/psicólogo para ser un buen mediador social dependerá de su capacidad para que la persona lo considere competente, lo mismo pasará con los profesionales del programa comunitario, que deberán ser capaces de ganarse la confianza y el respeto de las personas atendidas para que las acciones que acometan generen confianza tanto en ellos como en su entorno cercano.

Por otro lado, también hay que hacer referencia a los compañeros de residencia, trabajo, programa, actividades, etc. Sin perder de vista la importancia del enfoque social de la rehabilitación psicosocial, hay que valorar en su justa medida la gran influencia, tanto en negativo como en positivo, que ejercen y pueden ejercer todos los elementos y personas que forman parte del entorno social del individuo. El trabajo sobre grupos con objetivos compartidos, como son los expuestos en este estudio con personas con problemas de salud mental, permite sin duda encontrar en el propio grupo propuestas y soluciones desde la propia experiencia a problemas tanto grupales como individuales, motivaciones y horizontes realistas para el futuro y experiencias reales sobre las que

referenciar y legitimar actuaciones y discursos en torno a la recuperación. Un grupo que comparte características estigmatizantes, como sería el caso de las personas con enfermedad mental, puede aportar a los individuos que lo componen soluciones y comprensión desde su experiencia práctica, al mismo tiempo que procuran apoyo moral y ofrecen un espacio social en el que todos están adaptados, jugando el rol de individuo normalizado sin que la enfermedad le diferencie del resto (Goffman, 2006)

Por último reseñaremos entre los mediadores sociales a los que llamaremos *otros círculos de apoyo*, entre los que situaríamos a vecinos, grupos de amigos, personas con las que se comparten actividades no terapéuticas y el resto de la sociedad en general. Las actuaciones sobre estos grupos suelen ser menos concretas o dirigidas, pero dada su importancia como mediador social deben abordarse actuaciones que al menos generen una influencia positiva sobre los mismos, como serían las campañas de sensibilización, publicación de estudios y otros materiales, acciones de lucha contra el estigma social, etc.

La gran importancia de los mediadores sociales en el enfoque comunitario y la relevancia de la familia, detectadas a través de las entrevistas en profundidad y confirmadas en la revisión de bibliografía sobre procesos de rehabilitación y recuperación de personas con enfermedad mental, confirman la hipótesis planteada de que el éxito de un proceso de recuperación depende en gran medida de los mediadores sociales, especialmente la familia.

Respondiendo al tercer objetivo de analizar la vigencia del estigma en la imagen social de la enfermedad mental, y tomando como población de referencia una muestra de personas de la ciudad de Huesca, se ha podido confirmar la hipótesis de que la imagen social del enfermo mental sigue estando asociada a estereotipos negativos como la peligrosidad, aunque con un importante pero, y es que si bien éstos permanecen activos, también se ha detectado que hay una tendencia a desligarlos de la misma en las generaciones más jóvenes.

Además, a través de las encuestas se ha podido observar que la población estudiada es consciente de las dificultades asociadas a un trastorno mental grave, tales como la soledad, que normalmente va ligada a estas enfermedades, y el sufrimiento, ambas por encima incluso de la peligrosidad, lo que muestra el creciente conocimiento de la

enfermedad mental. Por otro lado las encuestas han permitido constatar que en las generaciones más jóvenes crece la confianza en la recuperación, las ganas por saber más sobre la enfermedad y el convencimiento de que los recursos comunitarios e inclusivos son más humanos y aceptables que los recursos manicomiales o excluyentes.

En lo relativo al objetivo de analizar el actual modelo de atención comunitaria de la ciudad de Huesca a través del análisis organizacional de la Fundación Agustín Serrate, cumplido a través del estudio de caso del apartado ocho, dentro de estas conclusiones se puede destacar el alto grado de interconexión con la comunidad, no sólo en lo relativo a la actividad profesional de la rehabilitación, sino en otros niveles como son el tejido laboral de la ciudad, la participación en la comunidad artística (pictórica, musical y teatral), las relaciones con las diferentes administraciones o la participación con el resto de asociaciones de discapacidad a través de CADIS.

Asimismo son destacables las implicaciones positivas para la recuperación de las personas que suponen por un lado el gran nivel de coordinación en el trabajo de la red de salud mental y por otro la integralidad de un programa comunitario que abarca los principales campos para la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave. Hay que destacar en concreto la gran variedad y calidad de las actividades, equipamientos y profesionales del programa laboral, la gran amplitud de atención en el centro de día, que abre sus puertas los 365 días del año ofreciendo una gran variedad de actividades y el importante apoyo que supone para las personas atendidas el acceso a profesionales especializados y bien formados para ello y al mismo tiempo de su confianza, y por último el valor del programa residencial, el cual contempla distintos niveles de supervisión y autonomía en la vivienda para abarcar todos los aspectos y dificultades que necesitan superar las personas atendidas para recuperar la capacidad de vivir autónomamente.

Del mismo modo, dentro de la gestión de estos programas, hay que destacar la importancia de un equipo de gestión que ha potenciado desde sus inicios, con el apoyo del patronato de la Fundación, el crecimiento de la organización manteniendo un rumbo claro hacia la atención de calidad para personas con problemas de salud mental, con el convencimiento de que la comunidad es el lugar idóneo para desarrollar programas de rehabilitación y con toda su confianza en las posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental. Esto les ha llevado a asumir riesgos que han

desembocado en actuaciones pioneras en lo relativo a las actividades laborales, las actividades en la comunidad y las soluciones residenciales, conformando un modelo de rehabilitación que apuesta con claridad por el desarrollo de la autonomía, por las posibilidades de recuperación de las personas más graves y por ubicar sus dispositivos a lo largo y ancho de la ciudad, ocupando todo tipo de espacios, como la zona comercial más céntrica, los polígonos industriales de la ciudad, el espacio agrícola anexo al espacio urbano y otras zonas dentro de la ciudad.

De igual manera hay que resaltar las figuras de los psiquiatras y psicólogos que han pasado por la entidad, los cuales, en contacto directo con los psiquiatras de referencia de las personas atendidas, han asumido el peso de marcar la dirección de los programas comunitarios y se han ocupado de unificar en torno a programas individuales de rehabilitación los esfuerzos del resto de profesionales y de catalizar las fortalezas de la red pública de salud mental en pro de la recuperación de las personas inmersas en procesos de rehabilitación.

Y por último, aunque no en orden de importancia, señalar el patrimonio que ha supuesto y supone para la organización el contar con un equipo profesional con una gran experiencia y formación específica en el campo de la rehabilitación para personas con enfermedad mental, desde la administración hasta el centro de día, pasando por los dispositivos laborales, residenciales y las actividades terapéuticas. Este equipo además de estar sujeto a un constante reciclaje a través de cursos de formación organizados desde la organización y fuera de ella ofrece como uno de sus importantes activos el contar con la confianza de las personas atendidas, fruto por un lado de su trayectoria y continuidad profesional en los programas y por otro del alto grado de cronicidad que sufren la mayoría de las personas que se atienden y que deriva en estancias de muchos años en los recursos comunitarios respondiendo en muchos casos a objetivos de mantenimiento o ralentización del deterioro.

El análisis de los programas que gestiona la Fundación Agustín Serrate y sus resultados en cuanto a rehabilitación psicosocial, los resultados del trabajo de campo a través de las entrevistas y encuestas, la información obtenida del análisis bibliográfico y los datos que ofrecen otros estudios como el de Ecodes sobre los resultados de la Fundación en la sociedad y las mejoras en la calidad de vida de los individuos atendidos, permiten afirmar que también se cumple la hipótesis de que los programas inclusivos de

rehabilitación comunitaria suponen una posibilidad real para la recuperación de personas con TMG. Este tipo de programas en contraste con las instituciones residenciales permite evitar la rigidez de las normas que se generan en las mismas, las cuales, como dijo Goffman, llevan a la pérdida en el individuo de la capacidad para ajustar sus necesidades a sus objetivos, con la consecuente pérdida de autonomía (Pia, 1993).

También debemos señalar como parte de la justificación de las ventajas que suponen los programas comunitarios, una de las consecuencias que se deriva de los recursos residenciales y que supone para los internos una dificultad extra de cara a su retorno a la sociedad normalizada. Nos referimos a lo que Goffman (1970) denominó *subculturas*, que serían el conjunto de normas que asumen las personas ingresadas, al margen de las normas que rigen la misma institución, y que surgen como adaptación a las necesidades generadas por la propia situación de internamiento. La pertenencia a estas subculturas produce la satisfacción de cubrir la necesidad de filiación inherente al ser humano como animal social y genera y afianza nuevos modos de actuar y comportarse que, si bien suponen una respuesta adaptativa en la institución, suponen una mayor desadaptación al entorno exterior. En este caso hablaríamos de un evidente riesgo de institucionalización de las personas internas, riesgo que queda minimizado en el caso de los recursos comunitarios.

Del mismo modo, y para finalizar este apartado de conclusiones, se confirma la última hipótesis sobre el freno a la recuperación que supone la actitud de paternalismo de algunos familiares, profesionales y el Estado mismo, que provocan en algunas ocasiones situaciones asistencialistas y de acomodo que dificultan los procesos de recuperación y afianzan el rol de enfermo en las personas aquejadas por estos problemas. A este respecto se deben señalar situaciones evidenciadas a través de la observación directa como pensiones incompatibles con el trabajo que suponen para la persona enferma una situación económica inmejorable, con la consiguiente pérdida de motivación hacia las actividades laborales, o situaciones en que los mismos profesionales, motivados por la empatía derivada de muchas horas compartidas, apoyan el afianzamiento del rol de enfermo desde el cuidado de las debilidades en lugar de motivar al cambio partiendo de las potencialidades, todo ello desde la asertividad profesional. Del mismo modo, las familias pueden actuar, como ya hemos dicho con anterioridad, como frenos por exceso

de cuidado y mimo, proporcionando una situación de comodidad en la enfermedad y proyectando sobre la persona enferma unos miedos y limitaciones que no tienen por qué ser ciertos y que actúan directamente sobre la seguridad y la confianza del propio individuo en mejorar su autonomía.

10.- PROPUESTAS DESDE LA INVESTIGACIÓN.

En respuesta al quinto y último objetivo de proponer actuaciones de mejora para los programas comunitarios desde el punto de vista de la gestión de la organización, se desarrolla este apartado que recoge las mismas de manera ordenada.

Para realizar una propuesta de mejora a la oferta actual se tomarán como punto de partida los principios de la recuperación identificados por Davidson (2008), los cuales encajan tanto con el programa como con la filosofía de la Fundación, que identificó su misión tras consultar a usuarios, familias, profesionales de la organización y otros ámbitos de la salud mental, como *La rehabilitación psicosocial y la integración en la comunidad de las personas con problemas de Salud Mental*. Al igual que en el caso de los elementos de la rehabilitación psicosocial, tras reconocer su compatibilidad con estos modelos, se hará hincapié en qué puntos deberían reforzarse para ajustar todavía más el programa al concepto de recuperación.

Así pues para concretar la filosofía de la recuperación se partirá de estos principios básicos (Shepherd y alt., 2008) apuntando en primer lugar que hablar de recuperación supone hablar del empoderamiento del usuario en mayúsculas, ya que conlleva la construcción de un *proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona* y esto únicamente puede manar del propio individuo, que debe ser el ingeniero que, con la ayuda necesaria, lo diseñe más allá de su sintomatología y problemática concreta y además debe hacerse en la comunidad, inmerso plenamente en su entorno social y *no en servicios segregados*. La persona inmersa en un proceso de recuperación debe ser capaz de *conducir su vida basándose en sus fortalezas* y no en las limitaciones que le ocasiona su enfermedad, es *necesario construir una identidad lejos de la enfermedad* y crear *esperanza* en el individuo respecto a su futuro y ello implica que tome sus propias decisiones y desarrolle capacidades de *autocontrol*.

Estos nuevos objetivos implican también cambios en la filosofía y la estructura tradicional de atención a las personas con problemas de salud mental, y estos cambios afectarán tanto a los roles profesionales como a los espacios destinados a los tratamientos. Entre estos cambios se debe fomentar la figura del profesional como acompañante y no como director, por lo debe adquirir *habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia* y se debe igualmente tener muy en cuenta la importancia que tienen en el proceso de recuperación y en la construcción de discursos esperanzadores tanto la familia como los *iguales*, que pueden ser apoyo,

ejemplo de superación y fuente de esperanza o por el contrario suponer barreras, crear mares de pesimismo y convertirse en oráculos de la fatalidad.

En este apartado dedicado a las conclusiones se plasmarán algunas recomendaciones y propuestas que pueden ayudar a diseñar un programa recuperador a prueba de *males de ojo* y que ayude a verificar la teoría de la profecía autocumplida desde el optimismo y la esperanza.

10.1.- FLEXIBILIDAD

Las tres historias analizadas en el apartado centrado en la realidad de los programas de rehabilitación desde la perspectiva de sus usuarios, tan diferentes e iguales entre sí como todas las personas, enfermas o no, mostraban claramente dos necesidades a la hora de diseñar un programa laboral que pretenda ser abierto a toda la ciudadanía; por un lado, la de prever situaciones personales diferentes, tanto al inicio como durante el proceso de recuperación, y por otro, la de ser capaz de ofrecer una perspectiva positiva y motivante para el sujeto inmerso en el proceso de recuperación que le empuje a ir avanzando hacia objetivos cada vez más ambiciosos.

El programa debe estar abierto a las necesidades y expectativas del sujeto, siempre desde la realidad de las posibilidades de cada individuo, de cada programa y de la sociedad en general, pero debe ser el sujeto quien jugando un papel activo en el diseño de su programa de recuperación actúe como el motor que propicie unos avances sólidos y verdaderamente adaptados a las características de su persona. Esta implicación del sujeto, que se ha mostrado como muy necesaria, forma parte tanto de los elementos esenciales de los programas de rehabilitación psicosocial, como de los principios que rigen la recuperación y el empoderamiento.

Por otro lado, si un itinerario pretende recuperar a una persona con enfermedad mental para que sea capaz de conseguir y mantener un puesto de trabajo, necesitará sentar unas bases que le permitan avanzar de etapa en etapa, y por tanto debe tener diferentes puertas de entrada que permitan que cada persona parta desde una situación inicial concreta y avance a un ritmo adaptado a su realidad. Andresen, Caputi y Oades identificaron cinco etapas en un proceso de recuperación completo (Shepherd y alt., 2008) - *Moratoria, concienciación, preparación, reconstrucción y crecimiento* -, pero

en un programa de recuperación para personas con enfermedad mental grave habrá de tenerse en cuenta que no todos los usuarios entrarán en el mismo estado y que posiblemente no todos necesiten empezar desde cero o desde el mismo punto. En estos casos, tras evaluar su situación inicial, habrá que adaptar el itinerario recuperador a sus necesidades y a sus expectativas para ofrecer opciones motivantes.

Las distintas partes del programa de rehabilitación sobre el que se va a reflexionar, podrían compararse también en cierto modo con la pirámide de necesidades de Maslow, la cual en 1943 mostraba gráficamente cinco niveles que ordenados desde la base a la cúspide eran: Fisiología, Seguridad, Afiliación, Reconocimiento y Autorrealización. Ésta plasmación gráfica de las necesidades, al igual que el programa de rehabilitación, va desde las necesidades más básicas hasta las más complejas, y permite reflejar cómo en un proceso de recuperación se avanza partiendo de lo más urgente hasta llegar a alcanzar metas que acerquen a la persona a cubrir aquellas necesidades que le permitan sumergirse en la sociedad de un modo igualitario, en una situación paralela a la mayoría de la ciudadanía.

Dividiendo en cinco niveles, al igual que Maslow en su pirámide y Andresen en su propuesta de etapas para la recuperación, el itinerario rehabilitador que puede seguir una persona en un programa de rehabilitación psicosocial-laboral como el de la ciudad de Huesca, se puede hacer una reflexión, apoyada en otras teorías de la motivación, que derive en la propuesta de un recorrido que pueda partir desde lo más básico y permita tener como metas la consecución y mantenimiento de un empleo que permita financiar una vida independiente y autónoma, la adquisición de los hábitos y habilidades necesarios para ocupar sin supervisión una vivienda (individual o compartida) y la adquisición de hábitos y habilidades sociales que permitan al sujeto relacionarse adecuadamente tanto dentro como fuera del ámbito laboral en la sociedad actual y futura.

10.2.- ESTRUCTURA DEL ITINERARIO RECUPERADOR

Se planteará en este apartado un esquema basado en la parte laboral, por ser el programa en el que más puede aportar la sociología de las organizaciones, aunque se complementará con las partes dedicadas a entrenar los aspectos residenciales, las actividades de la vida diaria, el autocuidado, el ocio y la dinamización social. Estos

programas se deberían aplicar de forma paralela coordinando los esfuerzos para que se adapten a las necesidades y posibilidades de cada individuo plasmadas en el proyecto individual de rehabilitación.

Aunque todos los aspectos trabajados se vean reforzados mutuamente, la experiencia muestra que la evolución de las personas con enfermedad mental grave en los cuatro grandes campos (laboral, residencial, terapéutico y social) no siempre es uniforme, por lo que se hace necesaria una figura profesional especializada en psiquiatría y rehabilitación psicosocial (psicólogo/psiquiatra) que coordine las actuaciones de todos ellos y marque el rumbo para que las actuaciones y esfuerzos de todos los profesionales vayan en la misma dirección. Este enfoque integral del programa de rehabilitación permite abordar tanto las relaciones sociales primarias, con un mayor componente afectivo y que se dan normalmente en la familia y las secundarias, tanto formales como informales que se trabajarán a través del entrenamiento laboral (Infestas, 2001).

Este protagonismo de la parte laboral responde en primer lugar al aprovechamiento de la estructura existente a día de hoy en el programa estudiado, con un desarrollo de su red de talleres laborales a nivel de espacios, equipamientos, maquinaria, clientes y fuentes de financiación superior al resto de los campos a desarrollar en un programa de rehabilitación integral y comunitario. Al mismo tiempo, como ventaja a la hora de trabajar con personas con TMG, está la posibilidad de premiar los avances de forma económica, algo de vital importancia para garantizar la adherencia a los recursos rehabilitadores de un colectivo que presenta problemas derivados de su discapacidad para tomar conciencia de las consecuencias de su enfermedad, adherirse a recursos por propia iniciativa, estructurar su vida o superar el adormecimiento que suponen sus medicaciones en muchos casos.

Convencer a una persona de que *vaya a trabajar* para ganarse un sueldo en lugar de indicarle que tiene que *hacer terapia* por prescripción médica, permite dar una posición activa a la persona desde el principio ya sea negociando la hora de entrada, el tipo de tareas, las vacaciones, los descansos, etc. Al mismo tiempo va a permitir tratar desde esta perspectiva aspectos que refuercen el autocuidado o las habilidades relacionales desde una norma compartida por todos, como es un convenio, lo que rompe con los esquemas tradicionales de experto frente a paciente más verticales y directivos que los que desde esta tesis se proponen.

Siguiendo a De la Torre se puede observar que el entorno laboral se ha estudiado como escenario de relaciones sociales muy activas, tanto a nivel personal como colectivo en lo que vienen a llamarse “*relaciones laborales*”. Estas relaciones se desarrollan desde situaciones personales que tanto en la empresa como en la sociedad parten de la desigualdad, pero se encuentran reguladas por una norma general que disminuye el efecto de las desigualdades en este espacio. Esta regulación se observa en dos niveles; el primero sería el marco legal común (Estatuto de los trabajadores, convenios, etc.) y el segundo el proveniente de la negociación entre empresa y empleado. Este segundo nivel normativo nos permitirá mantener la flexibilidad dentro de la norma y adaptarla a las necesidades diferentes y cambiantes de cada uno de los individuos inmersos en un proceso de recuperación (Lucas, 1994).

Los cinco niveles en que se va a dividir esta propuesta de itinerario recuperador responden, en primer lugar, a la realidad de los servicios existentes. En segundo lugar, a la necesidad de ordenar el recorrido de tal forma que permita adquirir las actitudes y aptitudes necesarias para conseguir un empleo, consiguiendo mantener la motivación de las personas atendidas a lo largo de todo el itinerario. Y, en tercer lugar, a dar respuesta a los principios de la recuperación. Por todo ello, si bien habrá similitudes a la hora de generar y satisfacer necesidades para motivar la recuperación en cada etapa, éstas podrán presentar diferencias individuales.

Avanzar en paralelo a las teorías sobre la motivación y los principios de la recuperación permitirá preguntarse en cada fase qué se puede ofrecer a una persona para que quiera avanzar en su proceso de recuperación. Para ello no se puede centrar únicamente en las necesidades, que serían el punto de partida del proceso motivacional, sino que también deberá apuntar al comportamiento y al motivo o meta (Lucas, 2002) que harán necesaria la personalización de las actuaciones de los profesionales en cada programa individual de rehabilitación. Estos motivos, según Genesca (1977), presentarán dificultades para su identificación, ya que: 1.-proviene del comportamiento de cada individuo; 2.- no suelen darse de forma aislada, ya que en un comportamiento pueden intervenir varios; 3.- son diferentes en cada individuo; y 4.- no siempre desaparecen cuando se consigue un objetivo, sino que a veces crecen (Lucas, 2002).

El itinerario que se va a describir permitiría entrar en cualquiera de los cinco niveles propuestos y se da por supuesto que el programa de cada sujeto debe estar compuesto en

todo momento de varios programas complementarios, que más adelante serán descritos, que refuercen los objetivos rehabilitadores/recuperadores y que aborden las necesidades de la vida diaria y las actividades de inclusión social necesarias para culminar un proceso de recuperación a través de un programa integral y completo.

Antes de empezar con la descripción más minuciosa de cada nivel se comentarán las distintas puertas de entrada al programa que permitirán adaptar desde el inicio el itinerario a la persona, teniendo en cuenta que en cualquier caso el ingreso en el programa dependerá de lo que se decida en la subcomisión de ingresos, que en el caso de Huesca está compuesta por los responsables de los distintos dispositivos que atienden a las personas con enfermedad mental grave, y que las plazas para los recursos rehabilitadores actualmente son muy limitadas. Partiendo pues de esta realidad se pueden esquematizar, como se ve en la siguiente tabla, las puertas de entrada al itinerario, la equivalencia de los niveles con las cinco etapas de la recuperación y su adaptación a las tres historias descritas en esta tesis.

| NIVELES | PUERTAS ENTRADA | OBJETIVOS PROGRAMA | FASES RECUPERACION | HIST 1 | HIST 2 | HIST 3 |
|---------|------------------------------------|---|--------------------|--------|--------|--------|
| 1 | CRPs, UCEs, PSIQUIATRÍA | ESTABILIZAR LA ENFERMEDAD | MORATORIA | | | X |
| 2 | CENTROS DE DÍA | ESTABILIZAR LA VIDA | CONCIENCIACIÓN | | | X |
| 3 | TALLERES OCUPACIONALES | APRENDER A ESTAR OCUPADO | PREPARACIÓN | | | X |
| 4 | TRABAJO PROTEGIDO | ENTRENAMIENTO PARA EL EMPLEO Y LA VIDA SOCIAL | RECONSTRUCCIÓN | X | | X |
| 5 | ACOMPañAMIENTO AL EMPLEO ORDINARIO | CONSEGUIR Y MANTENER UN EMPLEO + INMERSIÓN SOCIAL | CRECIMIENTO | X | X | X |

Tabla 14: Puertas de entrada al itinerario laboral. Fuente: Elaboración propia.

PRIMER NIVEL.

La primera etapa sería la dirigida a cubrir las necesidades más básicas y graves que puede generar una enfermedad mental (como la mendicidad, desatención y desorden plasmados al principio de la tercera historia) y en ella se deberían fijar objetivos como empezar a tomar conciencia de la propia enfermedad y seguir un tratamiento de forma regular.

En este primer estadio, en el cuál el enfermo todavía no ha accedido a un programa rehabilitador, se debe hacer una primera evaluación de su situación y capacidades, ya que a partir de aquí se decidirá desde una comisión de ingresos si la persona en cuestión debe o no debe pasar a un recurso rehabilitador (como la Fundación Agustín Serrate) o asistencial (CRPS, hospital de día, etc.), dependiendo de su situación y de las plazas libres en cada dispositivo.

En este punto se toma contacto con una realidad que acompaña todo el proceso de recuperación y que ineludiblemente va a suponer una traba para mejoras que pueden parecer obvias. Este freno se deriva del hecho de que son las personas las que tienen que adaptarse a los recursos existentes en lugar de que se destinen recursos suficientes para atender a las personas. En cualquier caso ante una realidad sobre la que, al igual que ocurre con el mercado laboral, poco se puede hacer salvo reclamar y reivindicar mejoras, se deben proporcionar alternativas que permitan optimizar dichos recursos para dar una atención de calidad a las personas que están a las puertas de iniciar un proceso de recuperación.

Para que el programa de rehabilitación realmente sea motivante, individualizado y orientado a la recuperación y alta del recurso (sin olvidar que deben invertirse los recursos necesarios para el seguimiento incluso con posterioridad a la posible alta de la estructura de rehabilitación que afiancen la estabilidad de la persona en cualquier nivel de independencia) en esta etapa debería decidirse, conjuntamente con los interesados, a qué altura del itinerario debe situarse cada persona y cuáles serán los objetivos *motivantes* a establecer en su programa. Para ello el usuario deberá conocer de antemano tanto sus posibilidades personales actuales (limitaciones y potencialidades) como todas las alternativas disponibles (distintos dispositivos y programas existentes así como su funcionamiento y objetivos).

Al mismo tiempo, dada la importancia observada de los apoyos afectivos, sobre todo en momentos de cambio o crisis, debería empezar a trabajarse con las familias y entorno cercano o diseñar un círculo de apoyos para que la persona cuente con este importante apoyo desde el principio de su recuperación.

Si se considera que el empoderamiento de la persona forma parte de su recuperación ésta debe formar parte de su proceso de rehabilitación desde el inicio.

SEGUNDO NIVEL

Una vez cubiertas las necesidades más urgentes, y ya dentro del programa de rehabilitación psicosocial, en esta segunda etapa del recorrido la persona debería ser capaz de ordenar relativamente su vida y generar un entorno *seguro* (familia, círculos de amigos, profesionales o cualquier círculo que ofrezca comprensión, apoyo y escucha) que ofrezca una garantía de acompañamiento y apoyo para seguir con su proceso de recuperación.

En este punto actualmente se elabora el programa de rehabilitación individualizado para cada usuario dentro del programa que gestiona la Fundación y se establecen unos objetivos personales, en su gran mayoría junto a los usuarios, que se irán revisando cíclicamente. A partir de este programa y dependiendo de las características y necesidades de cada usuario se les asigna a uno o varios de los procesos que conforman el itinerario de la Fundación (Socio-asistencial Centro de Día y Residencial) en este nivel de exigencia.

En cuanto a este segundo nivel, primero dentro de la Fundación, cabe decir que la oferta es muy completa y adaptada a cada usuario en los aspectos residencial y de actividades de centro de día con un equipo profesional compuesto de auxiliares, terapeutas, trabajadoras sociales, y psicólogo, todos muy concienciados con la necesidad de un trato cercano (tal y como se recoge en los valores de la Fundación). Al mismo tiempo hay que ponderar debidamente el hecho de que permanezca abierto todos los días del año desde las 7:45 a las 22:00, con lo que esto supone para las personas atendidas, que cuentan con una puerta abierta a escuchar y ayudar con sus problemas.

Como reflexión se ha de aportar que es un momento de especial riesgo en cuanto al asistencialismo y el estancamiento de las personas, por lo que hay que poner especial atención en los objetivos personales de cada individuo en un momento en que es importantísimo el afianzamiento de la autoestima y la creación de una visión certera de sí mismo para generar proyectos de vida realistas y motivantes a partir de sus aspiraciones. Además es necesario poner el dedo en el hecho de que el usuario debería participar aún más activamente en el establecimiento de sus objetivos individuales, ya que el protagonismo en este proceso le va a proporcionar una visión más realista de su

situación, de los programas y de sus expectativas a corto plazo, así como una mayor motivación para cumplir compromisos propuestos por él mismo.

TERCER NIVEL.

Tras superar el segundo nivel, que podría llamarse de *estabilización básica de la vida*, la tercera etapa, ya orientada a lo laboral, debería permitir adquirir actitudes y aptitudes laborales, como el compromiso con una tarea, la puntualidad y el esfuerzo, al mismo tiempo que debería reforzar la autoestima, la imagen de uno mismo y la conciencia de los beneficios que supone una actividad diaria, tanto económicos como relacionales.

En este tercer nivel, segundo dentro del actual programa de rehabilitación en la comunidad, se entraría en los niveles ocupacionales del proceso Centro de Inserción Laboral y Empleo, que en este caso se divide en tres niveles de exigencia, cada uno con unos requerimientos y recompensas económicas diferentes que permiten acomodar en gran medida el recorrido a las necesidades de cada persona. Los tres niveles tienen asignada una recompensa económica que pone valor al esfuerzo realizado y unas normas en paralelo al Convenio General de Centros Especiales de Empleo que permiten trabajar desde el primer día en la adaptación a las normas que supone la consecución y mantenimiento de un empleo.

Así pues se irán añadiendo al programa de rehabilitación individualizado objetivos relacionados con el trabajo y, al igual que en el anterior nivel, esto se hará junto al interesado, entrando a formar parte de los elementos motivadores aspectos como los reajustes de nivel, los cambios de taller o la complejidad de las tareas. Al igual que en el anterior y los siguientes niveles se trabajarán por medio del refuerzo positivo tanto la autoestima como las posibilidades de mejora positivas facilitando la generación en cada individuo de proyectos de vida motivantes a la par que realistas.

En este nivel de entrenamiento se debe tener en cuenta que habrá que esforzarse un punto más para motivar a las personas a avanzar, ya que podrían generarse situaciones de acomodo derivadas del ya mencionado riesgo de asistencialismo, al contar además con un aporte económico que permite ya unos básicos niveles de independencia. Por ello habrá de ponerse especial atención en los aspectos motivadores y desmotivadores que afectan al trabajo no protegido. Hay elementos que debemos asegurar para evitar la desmotivación y otros que nos ayudarán a motivar hacia el avance. Estos dos tipos de

elementos fueron diferenciados y definidos en la teoría del Factor Dual de Herzberg como *Factores Higiénicos* y *Factores Motivadores* y coinciden en cierto modo con los niveles de la pirámide de Maslow que han servido de guía para empezar a dividir en niveles el itinerario, siendo los higiénicos los relativos a seguridad y socialización y los motivadores los relacionados con la consideración y la autorrealización. Hay que tener en cuenta las críticas que han sufrido ambos autores tanto por dudas en el método empírico como por simplificar en exceso un tema tan complejo, y servirán para reforzar la necesidad de individualizar al máximo el seguimiento y propuesta de nuevos factores motivantes en los procesos de recuperación de cada usuario.

Se debe asignar algún tipo de contraprestación económica al individuo que forma parte de un taller laboral ocupacional, por pequeña que sea, que ponga en valor su trabajo y le permita tomar conciencia del valor de su esfuerzo y de la recompensa obtenida por el mismo, se debe también al mismo tiempo dar cada vez mayores niveles de autonomía en las tareas así como aumentar el nivel de dificultad y exigencia de éstas (siempre adaptadas a las posibilidades de cada individuo) para generar una idea de las posibilidades reales de cada uno dando pie a proyectos de vida cada vez más ambiciosos e independientes, y premiar en la medida de lo posible los avances de cada persona con mejoras en las recompensas obtenidas. Pero también será importante asegurar un ambiente de trabajo cómodo, no estresante, que permita e invite a una socialización cómoda con los compañeros, y que se desarrolle en un espacio que cumpla con los requerimientos de higiene laboral necesarios, al mismo tiempo que no se debe perder en ningún momento de vista la necesidad de asegurar los dos niveles anteriores del itinerario.

En esta etapa de entrenamiento, siguiendo la teoría de la equidad expuesta por John Stacey Adams en 1963, se puede decir que habría que ser especialmente claros con las normas y recompensas en el ámbito laboral, cada individuo debe tener claro tanto lo que tiene que dar (puntualidad, asistencia, respeto a los demás, esfuerzo, dificultad de las tareas) como lo que recibirá a cambio (asignación económica, autonomía, reconocimientos) y tanto los inputs como los outputs deben ser igualitarios para evitar una sensación de injusticia o trato desigual que pueda desembocar en desmotivación de los *trabajadores* del taller ocupacional (Muchinsky, 2002).

Si no existe un proyecto de futuro con una expectativa de mejora que surja del propio individuo, el hecho de estar en una estructura que aporta seguridad al mismo tiempo que algún beneficio económico puede hacer aflorar de nuevo el fantasma del estancamiento y el acomodamiento en torno al asistencialismo, por lo cual el programa debe ser capaz de generar un ambiente de trabajo que a la par que motiva y premia los esfuerzos exige una evolución a la medida de las posibilidades de cada uno.

Igual que se ha expresado que los niveles ocupacionales de entrenamiento para el trabajo no generarán nuevas necesidades, y por lo tanto nuevas motivaciones para avanzar en la recuperación, en cuanto no ofrezcan un incentivo económico que de un valor real a su trabajo y esfuerzo, también es más que aconsejable que el incentivo económico o las recompensas acordadas con cada persona siempre estén por debajo de las que ofrecería una actividad laboral (en entorno protegido u ordinario) al sumarlas con las pensiones o ayudas recibidas para evitar el acomodo en esta fase y la consideración de este nivel como meta en lugar de como etapa.

Por otro lado, si el programa quiere dar altas relacionadas con la consecución de un trabajo desde el programa debe ligar la búsqueda activa de empleo y las habilidades en cuestiones básicas como la entrevista de trabajo o el currículum al programa global de recuperación, de tal modo que la búsqueda de empleo sea una condición necesaria para permanecer en los niveles más altos de compensación económica.

CUARTO NIVEL.

Este cuarto nivel corresponde en la estructura de la Fundación Agustín Serrate a las personas contratadas en el Centro Especial de Empleo ARCADIA SL, este es un nivel contractual y como tal está sujeto a todas las particularidades recogidas en el convenio general de centros especiales de empleo. Los usuarios que se encuentran en este nivel tienen un seguimiento de objetivos como mínimo cada tres meses y pueden participar en otros programas de la Fundación complementarios al laboral.

Como particularidad del programa hay que señalar que los usuarios de este nivel comparten horario, espacio y en ocasiones tareas con las personas que se encuentran en el anterior nivel, y si bien eso puede ser un incentivo para quienes están en los talleres ocupacionales por la cercanía a niveles contractuales, también supone un riesgo de

estancamiento para los contratados por su cercanía a niveles con un mayor nivel de cuidado.

En un nivel como éste, centrado más intensamente en el entrenamiento para el empleo en el mercado laboral ordinario, los objetivos deberían ser más ambiciosos y exigentes en cuanto a rendimiento laboral propiamente dicho, y en esta etapa las situaciones deberían ser similares a la realidad del mercado laboral, si bien con un seguimiento más intenso que minimice el riesgo de retroceso. Aunque deben ser similares al entorno laboral tanto en las exigencias como en las retribuciones, debemos dejar un horizonte de mejora en el mercado laboral ordinario o estaremos motivando el estancamiento, al tener más necesidades cubiertas en este nivel que en el siguiente, lo que reforzaría el aspecto asistencial sobre el recuperador.

No exigir un rendimiento aceptable en este nivel supondría que los usuarios no estarían preparados para dar el paso a un empleo fuera de la estructura si se presentara la oportunidad. Ofrecer un entorno excesivamente permisivo para la persona produce una situación de partida en la que pasar al mercado laboral ordinario supone un paso atrás en lugar de un objetivo motivante.

Al igual que en la última fase del anterior nivel, en este punto del proceso de recuperación debería ligarse la permanencia en el nivel contractual con un programa individualizado de búsqueda de empleo que garantizara la búsqueda activa y la preparación para procesos de selección y posibles ofertas.

Como reflexión dentro de este nivel cabe decir que el hecho de estar con un contrato y en un entorno laboral muy *comprendivo* puede generar la sensación de que se ha llegado a la mejor situación posible (y así lo expresan muchos de los usuarios de los programas), por lo que los contratos dentro de este nivel deberían tener alguna limitación temporal para empujar a buscar activamente el empleo fuera de la estructura y evitar al mismo tiempo que se limite el acceso a esta parte del programa a otros usuarios.

Para acabar con la descripción de este nivel hay que añadir que mientras se logra la seguridad de que el trabajo desarrollado en este nivel sigue proporcionando al individuo los beneficios que lo han llevado hasta aquí se debe también prestar atención a otros puntos:

- Potenciar la motivación a nivel personal desde las aspiraciones de cada individuo y utilizarlas para seleccionar un camino hacia el empleo.
- Mantener un rendimiento y ritmo de trabajo a la medida de las recompensas.
- Fortalecer las capacidades de cada individuo y asegurar una percepción realista de las mismas.
- Investigar las necesidades del mercado laboral y confrontarlas a las características de cada individuo para adaptar las competencias y conocimientos.
- Fomentar el autoempleo y la cooperación ofreciendo supervisión a corto/medio plazo desde la estructura.

QUINTO NIVEL.

En la quinta y última etapa el principal objetivo a cumplir sería conseguir y mantener un puesto de trabajo, con las adaptaciones pertinentes si fuera necesario, en el mercado laboral ordinario. Este nivel corresponde dentro del mapa de procesos de la Fundación Agustín Serrate a un subproceso del programa *Centro de Inserción Laboral y Empleo* denominado *Acompañamiento al Empleo Ordinario*, en el cual la Fundación ofrece a sus usuarios apoyo, formación, asesoramiento y acompañamiento en el proceso de búsqueda y mantenimiento de un empleo.

Llegados a este nivel, se deben tener muy claras las necesidades, expectativas, capacidades y habilidades de cada persona para confrontarlas con la realidad del mercado, de modo que se esté en posición de ayudar a elegir la mejor dirección en la búsqueda activa de empleo. Tan peligroso es poner el listón demasiado bajo (actividades poco motivantes para el sujeto) como no ajustarse a la realidad (retos imposibles que conducen al desánimo).

La labor de apoyo y seguimiento a lo largo del proceso de búsqueda de empleo, como se ha visto a través de las tres historias, es un esfuerzo necesario que debe realizarse coordinadamente desde los programas de rehabilitación y su entorno cercano para aumentar las posibilidades de éxito. Apoyo éste que como también se ha podido ver deberá conservarse una vez conseguido el empleo para ayudar a superar las situaciones que puedan poner en peligro la estabilidad de cada usuario, proporcionando además

seguridad, tanto al empleado como al empleador, a través de un seguimiento continuado que ofrezca garantía, apoyo y referencia ante dudas o problemas. La labor de formación previa y continua y el seguimiento de los usuarios contratados con los empleadores hará que conozcan y comprendan las debilidades de la persona contratada al mismo tiempo que los beneficios derivados de contratarla.

Así pues será necesaria una labor de seguimiento que supondrá la actuación de los profesionales del programa de acompañamiento al empleo ordinario como *agentes sociales* que intermedien para defender los intereses contrapuestos que surgen en las relaciones laborales (De la Torre, 1994).

Si bien la realidad dicta que los recursos económicos dedicados desde la administración a programas como el aquí analizado todavía son insuficientes para llevar a cabo un seguimiento a medio/largo plazo de los usuarios una vez abandonado el programa, se debe intentar destinar parte de los recursos a la formación y concienciación de los contratantes con las particularidades de la enfermedad mental y las adaptaciones necesarias en las relaciones laborales, más directamente relacionadas con el trato personal que con el tipo de tareas, para minimizar los riesgos de crisis una vez conseguido el empleo.

Así pues se puede pensar que sería rentable tanto para los enfermos como para las empresas y por supuesto para la sociedad el generar alianzas que promovieran programas formativos de concienciación con la enfermedad mental que permitieran romper las barreras derivadas del estigma social ante esta enfermedad y tender puentes de comprensión que ayudaran a la socialización de las personas tanto en el ambiente laboral como social.

10.3.- IMPLICACIONES PARA LOS PROFESIONALES

Orientar los programas hacia un mayor empoderamiento del usuario en su proceso de recuperación supondrá cambios a nivel organizacional, y por lo tanto también requerirá un tipo de profesionales formados y preparados para acometer las acciones desde una filosofía de trabajo acorde a estos cambios.

Para fomentar la participación de las personas atendidas será necesario promover una cultura de horizontalidad, apertura y flexibilidad en toda la organización, desde los líderes, que deben ser participativos y partidarios de sistemas de toma de decisiones mucho más *centrífgos* (Sanagustín y Puyal, 1994). Los profesionales al frente de las actividades y talleres deben reunir características tales como la asertividad, la capacidad de trabajar en equipo o la amabilidad y cortesía en el trato a las personas atendidas, de tal manera que los canales de comunicación (verbales y no verbales) actúen como catalizadores para la participación en la toma de decisiones y para alcanzar los mayores niveles de autonomía y habilidades de socialización.

En primer lugar, si se quieren profesionales bien formados se deben asegurar programas formativos internos que permitan reciclar las herramientas y habilidades de los mismos, y para ello hay que destinar recursos a la formación, pero también a la investigación para seguir avanzando hacia la excelencia. Esta investigación debería tener, para ser congruente con los cambios en la cultura organizacional, un alto componente de participación de los usuarios al ser los principales afectados por las mejoras y los mayores conocedores de las consecuencias de los distintos modos de abordar el trabajo en un programa de recuperación, y también de los profesionales por su experiencia directa en este campo.

Ante la expectativa de organizaciones como la Fundación, en las que no siempre se dispone de recursos que permitan abordar los costes asociados a estas investigaciones, deberían promoverse convenios de colaboración con las universidades y otras entidades con las que se compartan objetivos que permitan un doble beneficio: por un lado la mejora de los programas; y por otro, profesionales mejor formados desde las universidades.

Además de lo estrictamente formativo, el profesional debe concienciarse de que su posición frente al usuario debe cambiar de una relación de autoridad basada en la distancia a una relación abierta y cercana basada en la confianza, la claridad y la honestidad (Roberts y Wolfson, 2004). Esta relación profesional/usuario debe ser más abierta si verdaderamente queremos que el usuario se sienta libre de opinar y protagonista en la toma de decisiones relativas a su recuperación, por lo que ineludiblemente el profesional pasará de dirigir a ayudar en la dirección del programa, y

su posición se encontrará inexcusablemente a un nivel similar al usuario, a su lado y no por encima (Repper y Perkins, 2003).

Siguiendo a Perkins puede afirmarse que el hecho de que un proceso de recuperación deba guiarse desde el usuario supone un verdadero reto para el profesional, que debe representar una ayuda para el usuario a la hora de focalizar sus esperanzas como timón del proceso (Roberts y alt, 2006), y buena parte de la dificultad de este reto se encuentra en no animar esperanzas irreales ni desanimar retos por el establecimiento de *techos* poco ambiciosos. Ayudar a que el usuario gestione sus proyectos de vida con un equilibrio relativo entre realidad y ambición supondrá una importante parte del trabajo de los profesionales, para lo cual deben partir ineludiblemente de la humildad que supone no poder predecir las potencialidades reales de cada persona y no decidir por nadie sobre su propio futuro.

10.3.- OTRAS RECOMENDACIONES

Hasta aquí se ha presentado la discusión sobre los resultados obtenidos al aplicar las diferentes técnicas de investigación social para alcanzar los objetivos planteados en el estudio, así como las principales conclusiones de este trabajo. A continuación se enumerarán las principales recomendaciones para el cambio y el refuerzo de los programas de rehabilitación psicosocial para personas que sufren un trastorno mental grave orientadas especialmente a: un mayor empoderamiento del usuario; a asumir una filosofía aún más acorde con los principios de la recuperación; al contacto real con el mundo laboral para romper la barrera actualmente establecida y; al establecimiento de vías de colaboración con las entidades que componen el territorio como medio para la optimización de recursos en objetivos comunes y catalizador de la verdadera inmersión social del enfermo mental grave.

10.3.1.- FOMENTAR EN LA ORGANIZACIÓN LA CULTURA DE LA RECUPERACIÓN POTENCIANDO EL EMPODERAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud se pronunció en su declaración de 2010 al respecto, enumerando varias acciones que se deberían emprender desde los gobiernos de los países miembros de la Unión Europea, especificando campos como el avance en los derechos humanos, la intensificación de la lucha frente al estigma, la necesidad de

mejorar los servicios y el acceso a la información, la toma en cuenta a nivel individual y colectivo de personas con TMG y la necesidad de fortalecerse a nivel organizativo local para poder plantear quejas ante los gobiernos. Tristemente la realidad actual nos muestra que, tal vez por coincidir con la regresión económica o tal vez porque la enfermedad mental sigue siendo la hermana pobre de un mundo ya de por sí pobre como es la discapacidad, estas recomendaciones han quedado en el olvido o al menos en el cajón de los buenos deseos para el futuro.

En cualquier caso, se muestran a continuación algunas líneas concretas que se consideran necesarias para el desarrollo de este tipo de programas tomando como punto de partida los resultados obtenidos en esta investigación:

1.- Evitar conductas asistencialistas/paternalistas que producen sensaciones de lástima y percepciones pesimistas en la autoimagen del usuario ante su realidad, incorporando techos o límites a sus verdaderas capacidades tanto en la percepción de la persona como en la de su entorno. La persona debe ser capaz de recomponer su vida incorporando la enfermedad a su realidad sin que esto evite un proyecto vital de futuro optimista y positivo.

2.- Partir de las fortalezas y no sólo de las debilidades. Centrarse únicamente en la diagnosis, síntomas y limitaciones no es un buen punto de partida para empezar un proceso de recuperación. Si bien hay que ser realista en cuanto a las limitaciones de uno mismo será más constructivo centrarse en las capacidades y posibilidades. Hay que centrarse en lo *que puedo hacer* en lugar de en lo *que ya no puedo hacer* para elaborar un plan de vida después de la enfermedad.

3.- Promover altas del recurso para evitar estancamientos basados en miedos infundados o acomodamientos promovidos por ambientes asistencialistas. Es necesario que cada persona corra sus propios riesgos para marcar caminos que, aunque difíciles, sirvan de referencia para él mismo, para el resto de usuarios de los programas y para la sociedad en general.

4.- Proporcionar apoyo tras salir del recurso como alternativa al estancamiento en el recurso. Destinar recursos al seguimiento fuera de la estructura permitiría que cada sujeto adquiriera poco a poco mayores niveles de independencia y un mayor control sobre su vida. Además sería mucho más rentable, tanto a nivel económico como

humano, ya que ayudaría a prevenir las recaídas y minimizar las consecuencias derivadas de las mismas.

5.- Participación en las decisiones de las organizaciones y sus programas de rehabilitación como principales clientes y protagonistas de los mismos. Si se quiere potenciar verdaderamente el empoderamiento del usuario deberían tenerse en cuenta sus opiniones y propuestas a la hora de tomar decisiones que repercutan en el programa de rehabilitación tanto a nivel individual como global. Poner en valor su opinión, como uno de los principales grupos de interés, desde la organización ayudaría a ponerla en valor en su concepción de sí mismos y en la sociedad.

6.- Participación como formadores a la hora de realizar acciones formativas tanto para usuarios como para profesionales por el enriquecimiento que las mismas experimentarían con la experiencia vital en primera persona del usuario como docente. No se debe despreciar un recurso con tanta potencialidad, para el usuario docente por las seguras repercusiones en su autoestima, para los usuarios que reciban la formación por el efecto espejo que puede suponer observar toda la capacidad que hay dentro de esta discapacidad y para los profesionales que la reciban por disponer de un ejemplo claro de las posibilidades de una persona con TMG y por la posibilidad de experimentar un rol diferente al que está acostumbrado en relaciones de tipo vertical con las personas con TMG.

7.- Actuaciones a través de la comunidad y no únicamente en el usuario. No podemos defender por un lado la gran importancia de la comunidad en los procesos de recuperación y de enfermedad y por otro actuar únicamente sobre las personas atendidas. Actuar sobre la comunidad supone actuar sobre los mediadores sociales, sabiendo en todo momento que tendrá un reflejo en la mejora de la persona con enfermedad mental grave, y para ello es necesario el crecimiento de los recursos dedicados a las intervenciones en las familias, en los entornos cercanos y en la sociedad.

8.- Acompañamiento terapéutico grupal. Es necesario abordar nuevas metodologías de trabajo que ayuden al programa a adaptarse todavía más a las exigencias de las personas atendidas. En este sentido la línea del acompañamiento terapéutico grupal supone un método de trabajo muy abierto e inclusivo que permite aprovechar todas las fortalezas del colectivo atendido como grupo.

10.3.2.- PROMOVER ALIANZAS CON LA UNIVERSIDAD, LA ADMINISTRACIÓN Y LAS ASOCIACIONES EMPRESARIALES

La Fundación, como gestora del programa de rehabilitación no puede funcionar aisladamente, toda organización forma parte de una red extensa y compleja, abierta hacia el exterior más allá de lo estrictamente físico, y por lo tanto debe identificar, potenciar y cuidar las relaciones institucionales y organizar eficazmente el aprovechamiento de las sinergias que la ayuden a alcanzar sus objetivos (Infestas, 2001).

Las universidades, como principal fuente en la generación de conocimiento y cantera en la formación de profesionales, las administraciones públicas como principales responsables a nivel económico tanto de la atención como de la recuperación de las personas con enfermedad mental grave y las asociaciones empresariales como potenciales colaboradores y contratistas tanto de servicios como de personas son tres frentes en los que generar alianzas debe ser un objetivo prioritario de todas las organizaciones dedicadas a la recuperación de personas en general y de la fundación objeto de estudio en particular por su total dependencia de los mismos para cumplir con éxito su misión:

1. Alianza con las universidades:

1.1. Investigación de mercados. A través de las universidades se puede tener acceso a investigaciones y estudios de mercados que sirvan de guía para adaptar los talleres laborales a las necesidades futuras. De este modo pueden adaptarse los talleres para entrenar a sus usuarios en habilidades con un mayor potencial de éxito.

1.2. Investigación de programas. Esta alianza también permitirá aprovechar el potencial investigador e innovador de las universidades para mejorar tanto la organización de los programas de rehabilitación como la calidad y eficacia de la atención a los usuarios. Para ello las organizaciones dedicadas a la rehabilitación deberían colaborar tanto ofreciendo en sus recursos plazas para alumnos en prácticas como aportando colaboración económica, personal o material para el diseño y desarrollo de acciones de investigación.

1.3. Formación de profesionales. Como principal centro formador de técnicos esta alianza permitirá que los estudiantes de las universidades adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar su trabajo eficazmente y permitirá a las organizaciones disponer de profesionales mejor formados y más orientados a la realidad de sus programas y usuarios.

1.4. Formación de usuarios. Como centro formador las universidades también podrían ayudar en la formación de usuarios para adquirir competencias, orientadas o no al mundo laboral, que la organización por sí misma no sea capaz de cubrir.

2. Alianza con las asociaciones empresariales.

2.1. Formación/sensibilización de empresariado. Promover acciones formativas y de sensibilización sobre la enfermedad mental entre el empresariado facilitaría tanto el acceso al entorno laboral como la acogida en el trabajo por parte de los empresarios. Por ello las organizaciones deben asumir los costes derivados de ofertar formación a través de confederaciones y cámaras de comercio que ayuden a la consecución de este objetivo.

2.2. Sensibilización en entorno laboral. Promover acciones de sensibilización en los entornos laborales facilitaría la adaptación de las personas que sufren una enfermedad mental en sus posibles puestos de trabajo, al mismo tiempo que ayudaría en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental y por lo tanto en la socialización de las personas que la sufren.

2.3. Conocimiento de ventajas. Promover colaboraciones con las asociaciones empresariales permitiría dar a conocer las ventajas fiscales derivadas de su contratación. Al mismo tiempo se pueden establecer otro tipo de colaboraciones como la contratación de servicios o trabajos puntuales.

2.4. Acompañamiento al Empleo Ordinario. Este debe tener un gran protagonismo para lograr los mejores resultados posibles en cuanto a inserción laboral, recuperación y altas de los programas, pero para ello es necesaria una inversión tanto en personal como en presupuesto asociado acorde al trabajo que supone la

formación, búsqueda de empleos y recursos, acompañamientos y seguimientos en el puesto de trabajo.

La mejor propaganda para la contratación de los usuarios es el éxito de los mismos en sus experiencias laborales fuera del ámbito de protección de los programas para personas con TMG. Las organizaciones deben dar confianza a los empresarios y contratantes demostrando que se harán cargo de garantizar la adaptación de los usuarios que propongan o acompañen en el puesto de trabajo y que se harán responsables de ayudar a que la empresa salga beneficiada si decide contratar a uno de los usuarios que participan en sus programas.

2.5. *Búsqueda de fuentes de financiación a través del trabajo*, más si cabe con la competencia que suponen actualmente grandes organizaciones con ánimo de lucro que acceden a los concursos de servicios públicos y privados reservados para personas o centros especiales de empleo con una mayor capacidad en la rebaja de costes por el tamaño de sus estructuras y el perfil de su personal, con discapacidades que presentan menos dificultades y suponen un menor coste en la adaptación de los puestos.

3. *Alianzas con las administraciones públicas.*

Las fundaciones como la Agustín Serrate, basadas en una cultura propia de solidaridad y orientación al bienestar de un sector desfavorecido muy específico de la sociedad suponen un modo de funcionamiento intermedio entre lo público y privado que permite la creación de sistemas propios muy especializados de intercambios de bienes (De la Torre, 2003). Esta peculiaridad supone que tanto si no son competitivas como si pierden sus valores diferenciadores están condenadas a la desaparición como tales, por lo que deben garantizar, además de la adecuada comunicación hacia el exterior de lo bueno de sus actuaciones, unas buenas relaciones orientadas a su dependencia de lo público.

3.1. *Mantenimiento y mejora de los convenios.* Las administraciones públicas son las principales financiadores de los programas de rehabilitación, por lo que la Fundación debe ser capaz de transmitirles la necesidad humana y social de invertir recursos en recuperar ciudadanos para evitar que la calidad de los servicios decaiga o incluso que este tipo de recursos desaparezcan. Esto implica mantener una comunicación continua y clara con las administraciones

financiadoras y con sus representantes a nivel técnico (psiquiatras, responsables del sector, técnicos del INAEM, técnicos del IASS, técnicos de Ayuntamientos y Comarcas, etc.) que garantice, sobre todo en los cambios políticos, el conocimiento de los objetivos comunes con las instituciones y el mantenimiento de la fluidez de los canales.

3.2. Sensibilización sociedad. Como representantes de la ciudadanía las administraciones son el principal motor de sensibilización respecto a la enfermedad mental en la sociedad, y los votantes que las eligen tienen la capacidad de forzar cambios en los programas y políticas que se articulan desde las administraciones competentes desde el nivel local al europeo. Por ello la Fundación debe poner esfuerzo en continuar con su apuesta por mejorar la comunicación externa y la presencia en medios y redes sociales así como fomentar su participación en todas las actividades de carácter inclusivo que sean posibles.

3.3. Sensibilización IES. A través de los departamentos de educación se puede trabajar la sensibilización respecto a la enfermedad mental desde la educación secundaria o incluso primaria, formando así a la ciudadanía para una mejor comprensión e integración social de las personas con TMG en el futuro. Al mismo tiempo se estará ayudando a prevenir la desatención en brotes a edades tempranas, algo de vital importancia si se quieren evitar deterioros totalmente innecesarios.

3.4. Ayudas en salud mental suponen ahorros en salud mental. La Fundación debe ser un altavoz para el mensaje de que destinar recursos a la recuperación supone además de beneficios humanos en la sociedad, por lo que supone para una persona y su entorno la reinserción, beneficios económicos, ya que con el tiempo reducen notablemente los costes asociados a los recursos asistenciales para estas personas, como demuestra el estudio realizado siguiendo la metodología SROI sobre la actividad de la Fundación en 2013, que concluía que el impacto en la sociedad del dinero invertido en estos programas supone un retorno 3,15 veces mayor.

11.- BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, F.(1983). Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX. Zamora. Tusquets Editores, S.A.

American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona. Masson.

Anthony W. (1979). The Principles of Psychiatric Rehabilitation. Baltimore. University Park Press.

Benítez L (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Bercherie, P.(1986). Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico. Buenos Aires. Ed. Manantial.

Bericat, E. (1998). La integración de los métodos cualitativo y cuantitativo en la investigación social. Barcelona. Editorial Ariel S.A.

Bravo, R. (1991). Técnicas de Investigación Social. Madrid. Editorial Paraninfo S.A.

Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico. Madrid. Las Ediciones de la Piqueta.

Castel, R. (1997). Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado. Barcelona. Editorial Paidós Ibérica S.A.

Davidson, L. (2008). Recovery – Concepts and Application. London. Devon Recovery Group.

Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1999). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid. Editorial Síntesis S.A.

ECODES (2014). Análisis del retorno económico y social de la Fundación Agustín Serrate mediante aplicación de la metodología SROI. En: http://www.faserrate.es/attachments/article/216/INFORME_SROI_Fundación_Agustín_Serrate_FINAL.pdf

Foucault, M (1967). Historia de la locura en la época clásica. México DF. Fondo de cultura Económica.

Foucault, M (1992). Microfísica del poder. Madrid. Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M (1995). Un dialogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid. Alianza Editorial S.A.

Foucault, M (1999). El nacimiento de la clínica. Madrid. Siglo XXI de España Editores S.A.

Foucault, M (1999). La arqueología del saber. México DF. Siglo XXI Editores, S.A.

Galindo, J y Sierra, F (1998). Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. México. Addison Wesley Longman.

García, J, Espino, A y Lara, L. (1998). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A.

García, R. (1995). Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española. Barcelona. Virus Editorial.

Garmendia, J.A. (1994). Tres culturas: organización y recursos humanos. Madrid. ESIC.

Genesca, E. (1977). Motivación y enriquecimiento del trabajo. Barcelona. Hispano Europea.

Gisbert C. (Coord.) (2002). Cuadernos Técnicos, n. 6: Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gisbert, C. (coord) (2003). Estudios, 28. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Goffman, E. (2006). Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu.

Goffman, E. (1970). Internados. Buenos Aires. Amorrortu.

- Herrera, F. (2006). El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX. Cultura de los cuidados. Año X, 20, pp. 22-31 en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/860/1/culturacuidados_20_3.pdf
- Huertas, R (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. Revista AEN. Vol 11, 37, pp. 73-79.
- Infestas, A (2001). Sociología de la empresa. Salamanca. Amaru Ediciones.
- Infestas, A y Sanagustín, M.V. (2004). Hacia una nueva empresa. Salamanca. Amaru Ediciones.
- Jervis, G. (1981). Psiquiatría y Sociedad. Madrid. Editorial Fundamentos.
- Lewis, D. (2007). The management of non-governmental development organizations. New York. Routledge Taylor & Francis Group.
- Liberman, R.P. (1993). Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Madrid. Editorial Martínez Roca.
- Lucas, A (1997). La comunicación en la empresa y las organizaciones. Barcelona. Ed. Bosch.
- Lucas, A y alt. (1994). Sociología para la empresa. Madrid. McGraw Hill.
- Lucas, A y García, P (2002). Sociología de las Organizaciones. Madrid. McGraw-Hill.
- Madrid, F.J. (2004) Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: Una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. En: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml
- Ministerios de Sanidad y Consumo (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Monge, F (2007). Impresa e territorio. Milan. Franco Angeli.
- Muchinsky, P (2002). Psicología Aplicada al Trabajo. México. International Thomson Editores S.A.

Muñoz, M y alt. (2009). Estigma social y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid. Editorial Complutense.

Navas, M (2001). Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica. Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

OMS (2004). Invertir en Salud Mental. Ginebra. Tushita Graphic Vision Sàrl.

OMS (2005). Mental Health: facing the challenges, building solutions. Copenhagen. Report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki.

Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid. Meditor.

Pia, M. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS). N°64, pp. 155-172.

Pinto, J (2013). Praxis. Fundamentos de ética empresarial. Cuadernos de empresa y humanismo. 122. Pamplona. Instituto de Empresa y Humanismo de la Universidad de Navarra.

Robbins, Stephen P. (1999). Comportamiento organizacional. México. Prentice-Hall: Pearson.

Roberts, G y alt. (eds.) Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry. Londres. Gaskell.

Rodríguez, A (Coord.) (1997). Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide.

Saiz, J y Chevez, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. Intervención Psicosocial v.18 n.1 Madrid.pp.75-88.

Sanagustín M.V. y Puyal E. (2004) Mujeres y paradojas en el liderazgo empresarial. En Infestas, A y Sanagustín, M.V. (eds). Hacia una nueva empresa. (pp.117-134) Salamanca. Amaru Ediciones.

Shepherd, G., Boardman J. y Slade M. (2008). Making recovery a reality. Londres. Sainsbury Centre for Mental Health.

Sison, A y Fontrodona, J. (2006). The Nature of the Firm, Agency Theory and Shareholder Theory: A Critique from Philosophical Anthropology, Journal of Business Ethics, vol. 66, nº1, Proceedings of the 18th Eben Annual Conference in Bonn, pp. 33-42.

Sobrino, T y Rodríguez, A. (2007). Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid. Editorial SINTESIS, S.A.

Topor, A y alt. (2006). Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process'. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9: 1, pp. 17-37.

Torre, I. de la (1994): Las relaciones laborales: marco social, agentes sociales y prácticas de actuación. En Lucas, A y alt. Sociología para la empresa. (pp. 315-344) Madrid. McGraw Hill.

Torre, I. de la (2003). Los fundamentos sociales del tercer sector. Revista Internacional de Sociología, 35, 105-125.

Ventosa, F. (2000). Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX): una aproximación histórica. Madrid. Ed. Díaz de Santos.

<http://www.1decada4.es> Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social.

<http://www.faserrate.es> Fundación Agustín Serrate. Huesca.

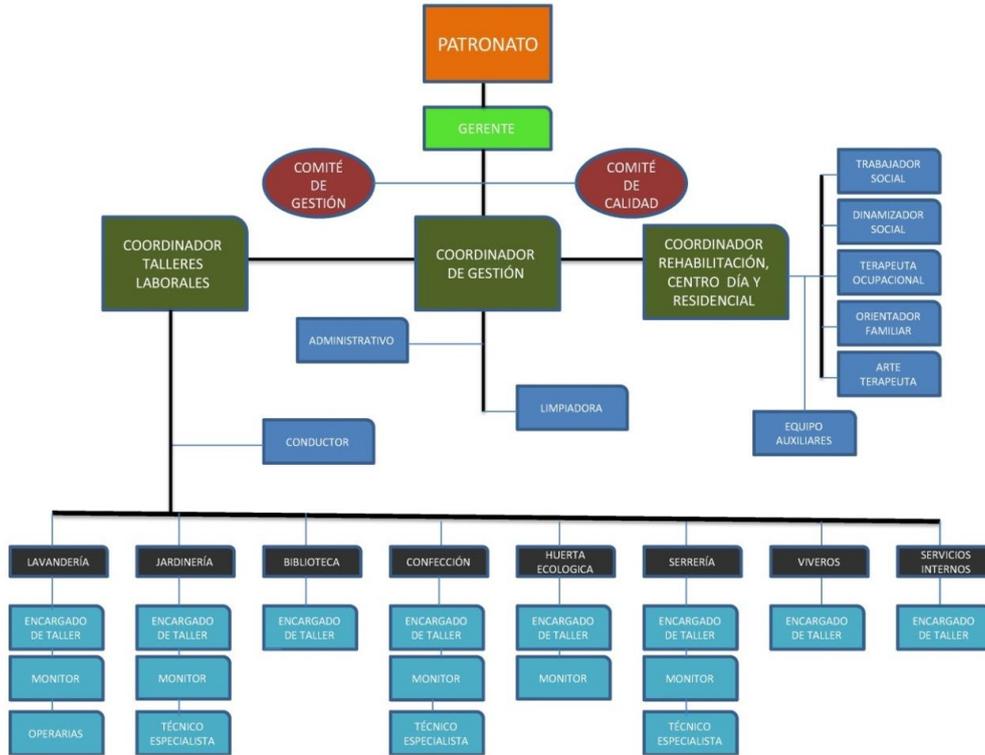
<http://www.scmh.org.uk> Sainsbury Centre for Mental Health. Londres.

<http://www.ecodes.org> Ecología y Desarrollo (ECODES).

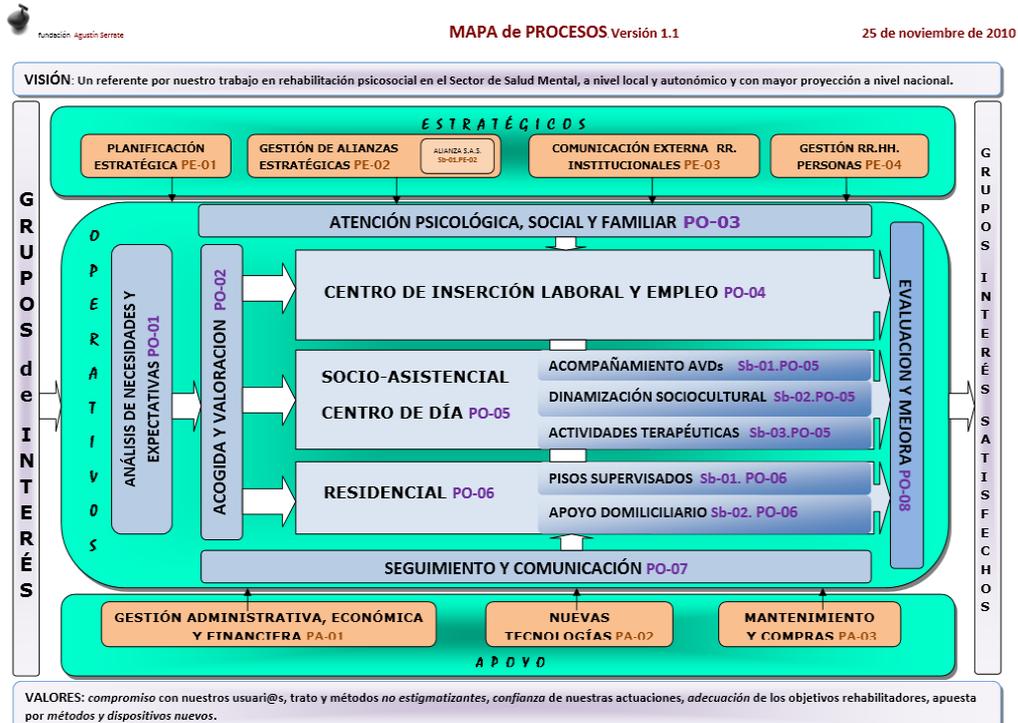
<http://altercivites.com> Consultoría Social Alter Civites.

12.- ANEXOS.

ANEXO I: ORGANIGRAMA Y MAPA DE PROCESOS F.A.S.



(Fuente: www.faserrate.es)



(Fuente: www.faserrate.es)

ANEXO II: FUENTES DE FINANCIACIÓN F.A.S.

| | 2013 | 2013 |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Fuentes de financiación pública (concierto, convenio, subvenciones y otras ayudas públicas) | FUNDACION A.SERRATE | CEE I.L. ARCADIA |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por concertación de servicios con la Administración Autónoma (Gobierno de Aragón) | 906.383,36 € | |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por convenio de colaboración o subvenciones para las actividades de la organización por parte de la Administración Autónoma (Gobierno de Aragón) | 187.281,10 € | |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por otras ayudas públicas de las Administraciones Públicas Provinciales (Huesca) | 10.355,96 € | 174.000,00 € |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por otras ayudas públicas de las Administraciones Públicas Locales (Comarca, Ayuntamiento...) | 11.750,00 € | |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por otras ayudas públicas de las Administraciones Públicas (Fondo Social Europeo) | | 214.911,95 € |
| Importe aproximado de costes laborales de los funcionarios que desempeñan labores profesionales en la organización | 450.000,00 € | |
| TOTAL | 1.565.770,42 € | 388.911,95 € |
| Fuentes de financiación privada | FUNDACION AGUSTÍN SERRATE | INTEGRACIÓN LABORAL ARCADIA |
| Copago de servicios (comedor, transporte, actividades...) | 24.099,43 € | |
| Importe total ayudas económicas recibidas de entidades privadas (Obra Social, otras entidades...) | 3.000,00 € | |
| Otras fuentes de financiación propias | 3.781,57 € | 17.923,87 € |
| TOTAL | 30.881,00 € | 17.923,87 € |
| Facturación | FUNDACION A.SERRATE | CEE I.L. ARCADIA |
| Importe total de ingresos por facturación a Administraciones Públicas | | 143.758,00 € |
| Importe total de ingresos por facturación a clientes privados | | 268.563,00 € |
| TOTAL | 0,00 € | 412.321,00 € |
| TOTAL | 1.596.651,42€ | 819.156,82€ |

(Fuente: www.faserrate.es)

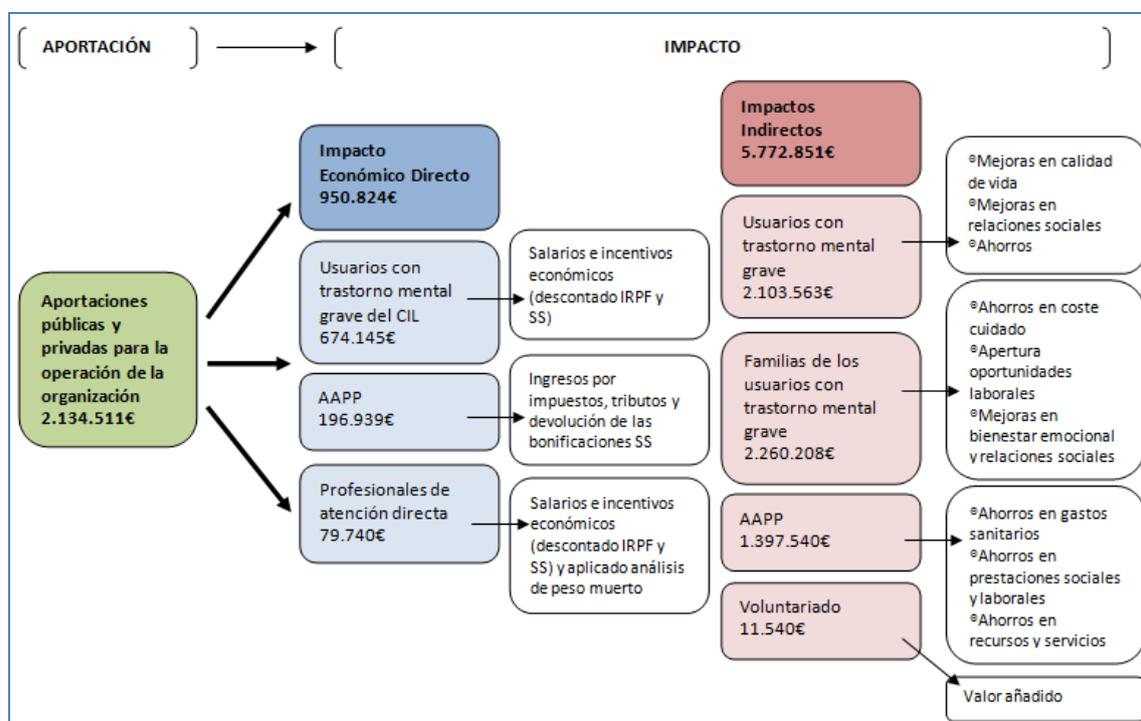
ANEXO III: RETORNO SOCIAL ACTIVIDADES F.A.S.

| RETORNO SOCIAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE | |
|---|-----------------------|
| APORTACIÓN TOTAL | 2.134.511,04 € |
| APORTACIONES PÚBLICAS | 2.085.706,17 € |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por concertación de servicios con la Administración Autonómica (Gobierno de Aragón) | 906.383,36 € |
| Importe aproximado de costes laborales de los funcionarios que desempeñan labores profesionales en la organización | 450.000,00 € |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por otras ayudas públicas de las Administraciones Públicas (Fondo Social Europeo) | 214.911,95 € |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por convenio de colaboración o subvenciones para las actividades de la organización por parte de la Administración Autonómica (Gobierno de Aragón) | 187.281,10 € |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por otras ayudas públicas de las Administraciones Públicas Provinciales (Huesca) | 184.355,96 € |
| Importe total de las bonificaciones a la seguridad social | 131.023,80 € |
| Importe total reconocido (aunque aún no se haya abonado) por otras ayudas públicas de las Administraciones Públicas Locales (Comarca, Ayuntamiento...) | 11.750,00 € |
| APORTACIONES PRIVADAS | 48.804,87 € |
| Copago de servicios (comedor, transporte, actividades...) | 24.099,43 € |
| Otras fuentes de financiación propias | 21.705,44 € |
| Importe total ayudas económicas recibidas de entidades privadas (Obra Social, otras entidades...) | 3.000,00 € |
| IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL (RETORNO) | 6.723.675,32 € |
| IMPACTO ECONÓMICO DIRECTO | 950.824,26 € |
| TRABAJADORES/AS CON TMG DEL CEE y USUARIOS DEL CIL | 674.144,53 € |
| Salarios de los empleados/as con trastorno mental grave (TMG) del CEE descontado IRPF y SS | 404.776,19 € |
| Incentivo económico como compensación al esfuerzo y asistencia del usuario | 269.368,34 € |
| ADMINISTRACIONES PÚBLICAS | 196.939,48 € |
| Devolución de las bonificaciones a las cuotas de la seguridad social | 131.023,80 € |
| Ingresos por impuestos y tributos (IVA, impuesto de sociedades e impuestos de ámbito local) | 37.963,93 € |
| Ingresos por aportaciones a la SS de los trabajadores/as con TMG empleados del CEE | 27.951,74 € |
| TRABAJADORES/AS DE ATENCIÓN DIRECTA DE LA ORGANIZACIÓN | 79.740,25 € |
| Salarios personal de atención directa de la organización (descontado el IRPF y SS y con aplicación del análisis de peso muerto) | 79.740,25 € |

Rehabilitación en la comunidad de personas con trastorno mental grave (TMG).
La recuperación a través de su inclusión. Estudio de caso.

| | |
|---|-----------------------|
| IMPACTOS INDIRECTOS (ECONÓMICOS Y SOCIALES) | 5.772.851,06 € |
| FAMILIAS USUARIOS CON TMG | 2.260.208,38 € |
| Apertura oportunidades laborales | 826.382,20 € |
| Ahorros por la reducción del número de horas de dedicación al cuidado y apoyo al familiar con TMG | 692.975,29 € |
| Mejoras en relaciones sociales | 561.330,90 € |
| Mejoras en bienestar emocional | 179.520,00 € |
| VOLUNTARIADO | 11.540,49 € |
| Valor añadido del voluntariado | 11.540,49 € |
| ADMINISTRACIONES PÚBLICAS | 1.397.539,59 € |
| Ahorros en gastos hospitalarios UCE | 764.664,55 € |
| Ahorro en abono prestaciones por desempleo | 297.317,66 € |
| Ahorro en recursos laborales | 142.284,86 € |
| Ahorro en abono de pensiones no contributivas | 118.907,79 € |
| Ahorros en visitas Centro de Salud Mental | 67.820,25 € |
| Ahorro en servicios tutelares | 6.544,48 € |
| USUARIOS CON TMG DE LOS SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN | 2.103.562,60 € |
| Mejoras en calidad de vida | 1.094.714,16 € |
| Mejoras en relaciones sociales | 939.218,38 € |
| Ahorro en gastos de comida | 69.630,06 € |

(Fuente: www.faserrate.es)



(Fuente: www.faserrate.es)

ANEXO IV: RESULTADOS F.A.S.

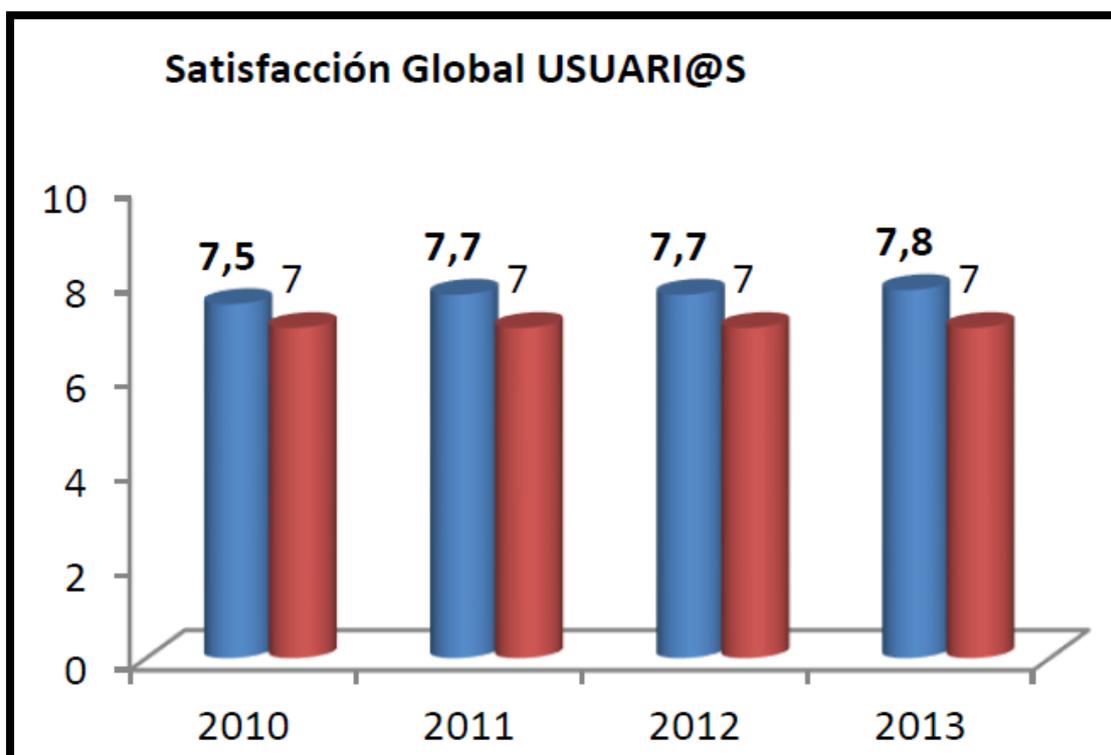


Gráfico 17: Satisfacción global usuarios. (Fuente: www.faserrate.es)

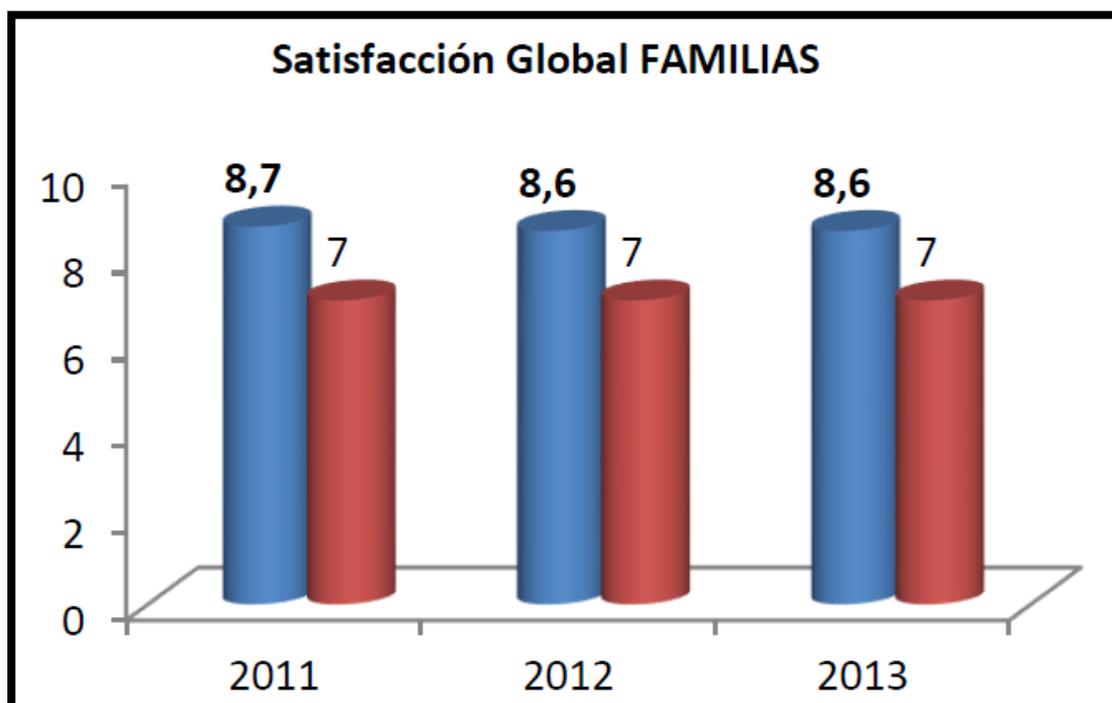


Gráfico 18: Satisfacción global familias. (Fuente: www.faserrate.es)

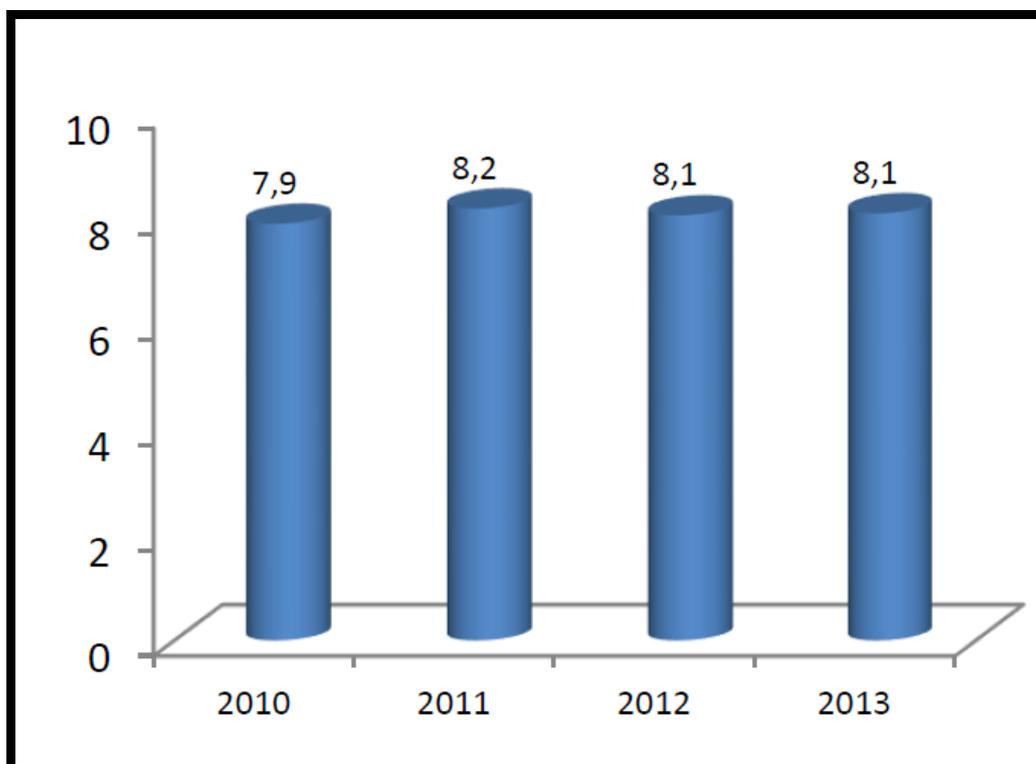


Gráfico 19: Percepción de los usuarios de lo que ayuda FAS a su rehabilitación. (Fuente: www.faserrate.es)

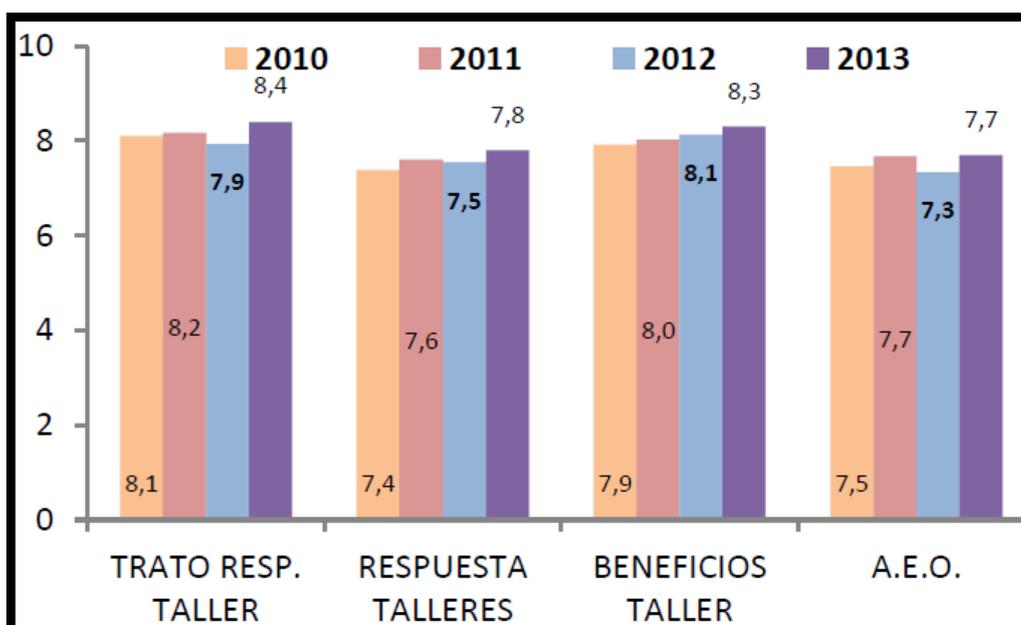


Gráfico 20: Satisfacción usuarios con programa laboral. (Fuente: www.faserrate.es)

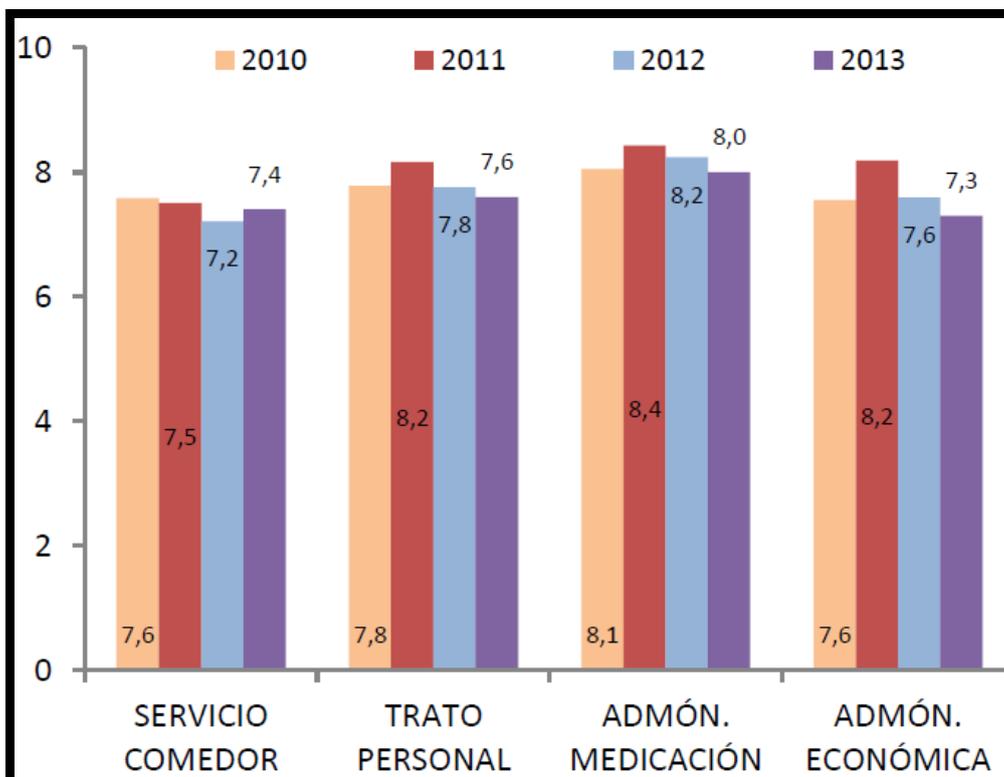


Gráfico 21: Satisfacción usuarios con centro de día. (Fuente: www.faserrate.es)

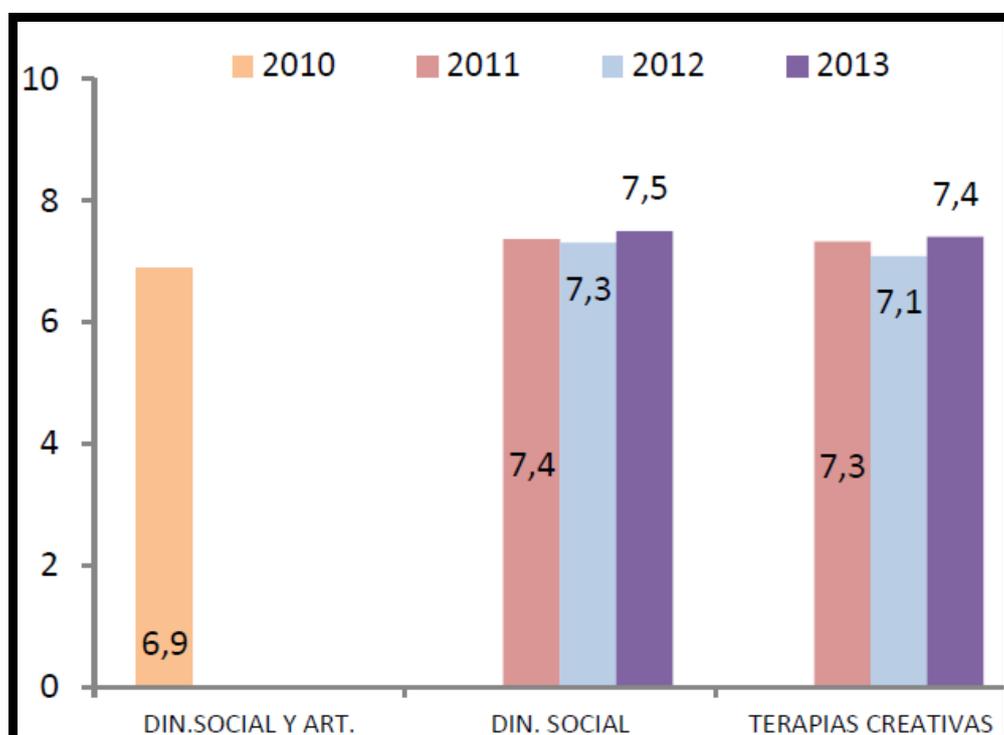


Gráfico 22: Satisfacción usuarios con dinamización y terapias creativas. (Fuente: www.faserrate.es)

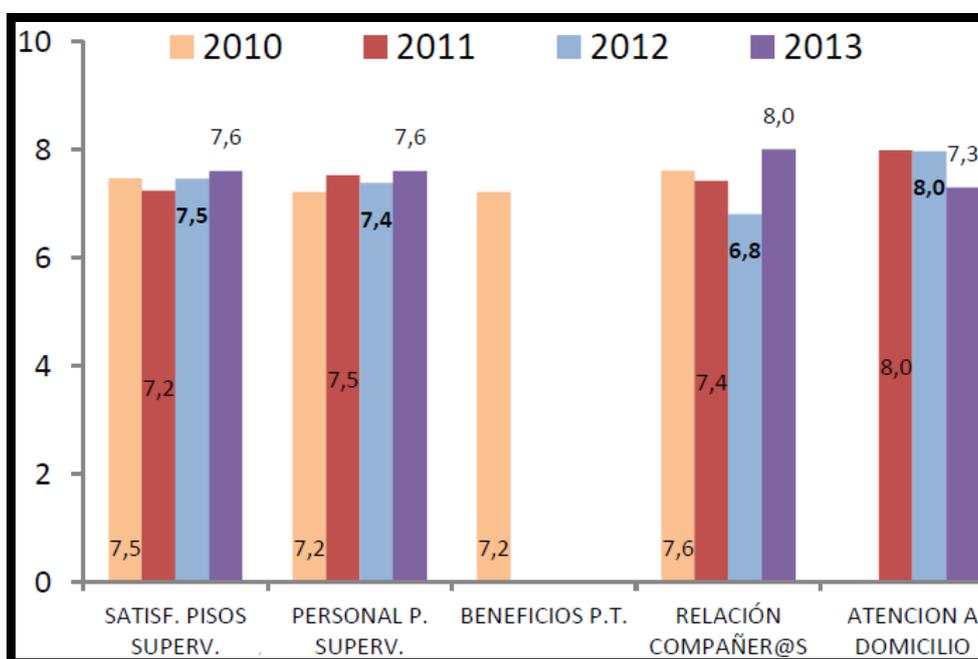


Gráfico 23: Satisfacción usuarios con programa residencial. (Fuente: www.faserrate.es)

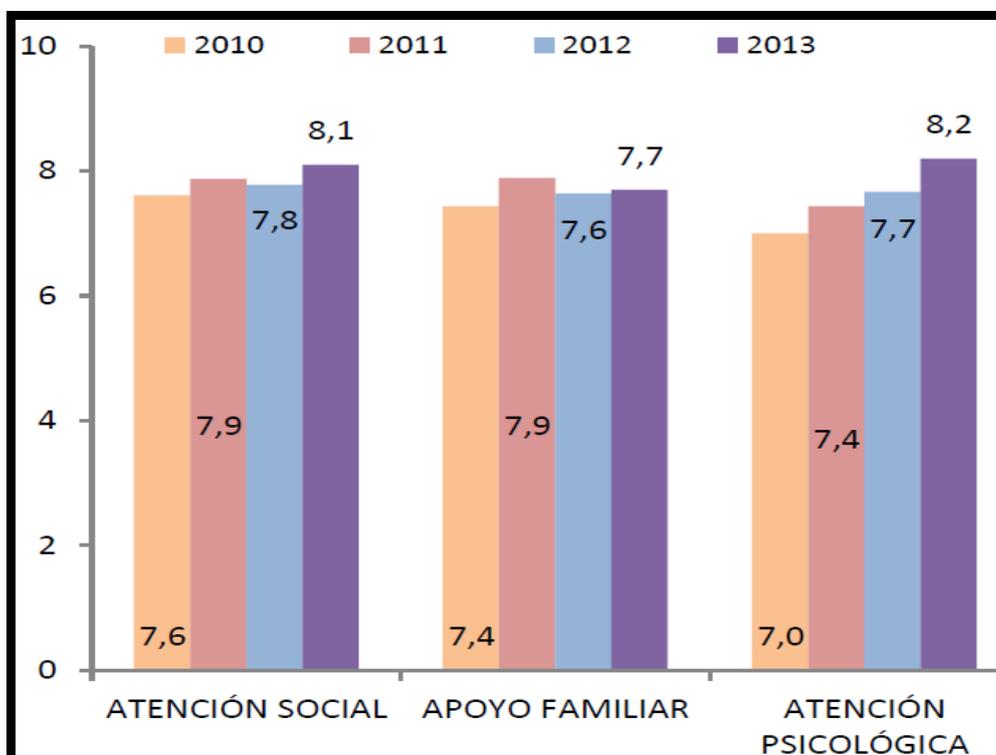


Gráfico 24: Satisfacción usuarios con atención psicológica, social y familiar (Fuente: www.faserrate.es)

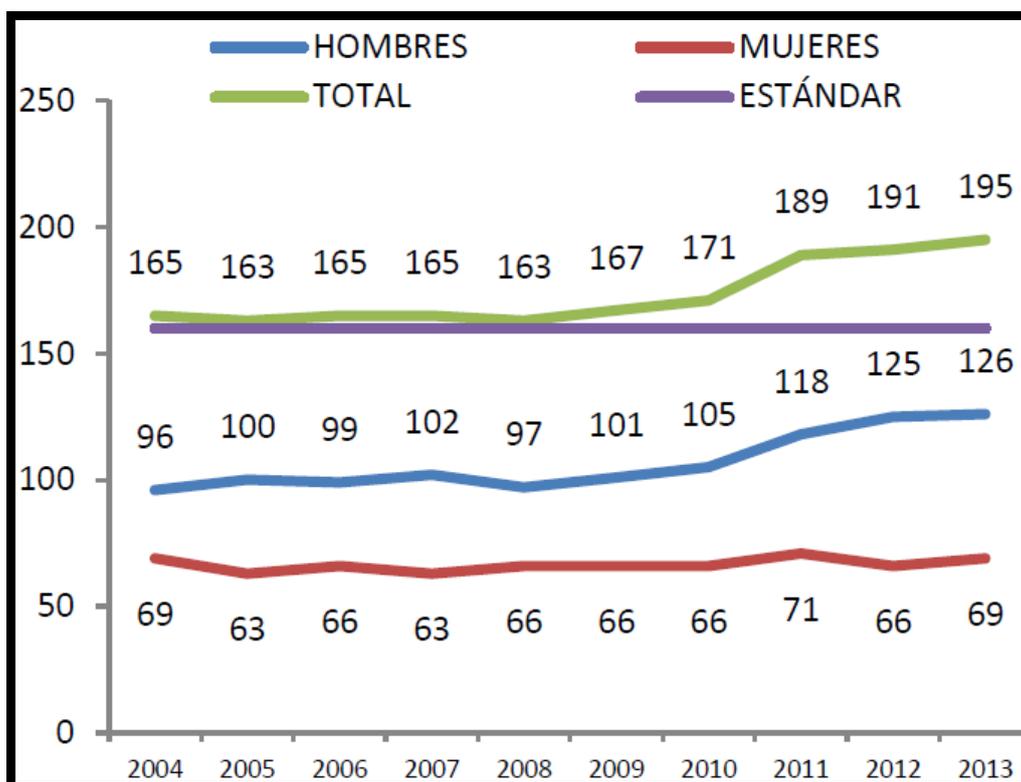


Gráfico 25: Evolución número de usuarios atendidos. (Fuente: www.faserrate.es)

ANEXO V: FORMULARIO ACCESS PARA ENCUESTAS.

Sexo

Edad

Profesion

¿Conoces alguna persona con trastorno mental grave(esquizofrenia, trastorno bipolar,...)?

Elige la o las opciones que para ti pueden caracterizar a la enfermedad mental.

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sufrimiento | <input type="checkbox"/> Vagancia | <input type="checkbox"/> Inmoralidad |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad | <input type="checkbox"/> Bondad | <input type="checkbox"/> Superable |
| <input type="checkbox"/> Inteligencia | <input type="checkbox"/> Inadaptacion | <input type="checkbox"/> Irreversibilidad |
| <input type="checkbox"/> Maldad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Sociabilidad | <input type="checkbox"/> Peligrosidad | |

Si te dijeran que vas a tener un vecino o compañero de trabajo con trastorno mental grave qué pensarías.

No me importaría, la enfermedad mental no define a la persona.
Me negaría, la enfermedad mental me da miedo.
Me gustaría conocer más sobre la enfermedad mental.
Otra

¿Crees que un trastorno mental incapacita para el trabajo?

¿Y para la normal y correcta convivencia en nuestra sociedad?

¿Crees que la reclusión en un manicomio es la mejor solución para las personas con trastorno mental grave?

¿Si tuvieras una empresa contratarías a una persona con trastorno mental grave?

¿Y si alquilaras una habitación de tu vivienda, la admitirías?

ANEXO VI: ENCUESTA IMAGEN SOCIAL TMG

SEXO: V M

EDAD:

PROFESIÓN:

¿Conoces alguna persona con trastorno mental grave(esquizofrenia, trastorno bipolar,...)?.

Sí.

No.

Elige la o las opciones que para ti pueden caracterizar a la enfermedad mental.

Sufrimiento.

Vagancia.

Inmoralidad.

Incapacidad.

Bondad.

Superable.

Inteligencia.

Inadaptación.

Irreversibilidad.

Maldad.

Soledad.

Otros:.....

Sociabilidad.

Peligrosidad.

.....

Si te dijeran que vas a tener un vecino o compañero de trabajo con trastorno mental grave qué pensarías.

No me importaría, la enfermedad mental no define a la persona.

Me negaría, la enfermedad mental me da miedo.

Me gustaría conocer más sobre la enfermedad mental.

Otra:.....

¿Crees que un trastorno mental incapacita para el trabajo?

SI

NO

¿Y para la normal y correcta convivencia en nuestra sociedad?

SI

NO

¿Crees que la reclusión en un manicomio es la mejor solución para las personas con trastorno mental grave?

SI

NO

¿Si tuvieras una empresa contratarías a una persona con trastorno mental grave?

SI

NO

¿Y si alquilas una habitación de tu vivienda, la admitirías?

SI

NO

