

Congreso internacional sobre enfermedad mental, patología dual y empleo

Y además...

- Actitudes de la empresa ante la incorporación al staff de personas con enfermedad mental.
- El proceso de alta en un Centro de Rehabilitación Laboral
- Lo adaptativo, razonable y patológico como Terapeuta Ocupacional
- Visión de los usuarios
- Eventos técnicos

Iniciamos una nueva andadura. Dejamos atrás el papel para llegar a vosotros a través de un formato más acorde con estos tiempos. No es el único inicio. Un nuevo equipo de socios de la AMRP asumimos la responsabilidad de editar nuevos números del Boletín. Recogemos el testigo de Beatriz Alonso, cuya dedicación y esfuerzo ha hecho posible que los socios dispusiésemos de este recurso tan valioso. Mil gracias Bea por tu trabajo.

Adaptamos el formato y renovamos el equipo. Pero no todo es diferente. Queremos mantener intacta la esencia, el Boletín de la AMRP como escaparate de experiencias que enriquecen nuestros conocimientos y amplían nuestras miras. Queremos seguir promoviendo la participación de todos aquellos que quieran compartir iniciativas interesantes, dentro del ámbito de la Rehabilitación Psicosocial. Este número es el primero en formato digital, el primero que editamos nosotras, pero es la continuación de un trabajo que no hubiera sido posible sin todos vosotros.

¡Esperamos que os resulte interesante y que lo disfrutéis!

sumario

Actitudes de la empresa ante la incorporación al staff de personas con enfermedad mental. **Pag. 3**

El abismo ideológico del lenguaje en Rehabilitación Psicosocial. **Pag. 11**

El proceso de alta en un Centro de Rehabilitación Laboral. **Pag. 15**

Implicación de la persona en su proceso de recuperación. **Pag. 21**

Lo adaptativo, razonable y patológico como terapeuta Ocupacional. **Pag. 26**

Participativo y autonomía desde el Centro de Día de Chamberí. **Pag. 29**

Recuperando roles significativos... **Pag. 36**

Taller prelaboral de jardinería en el Centro de Rehabilitación Laboral Menni Vallecas. **Pag. 42**

Visión de los usuarios. **Pag. 44**

Reflexiones a Vuelapluma. **Pag. 45**

Eventos técnicos. **Pag. 46**

Inscripción. **Pag. 50**

Presidenta: Clara López Sanguinetti

Vicepresidente: José Manuel Cañamares Yelmo

Secretaría: Margarita Sánchez Contreras

Tesorera: Marta Medina Priego

Pro secretario: Juan Fernández Blanco

Vocales: José Luis Arroyo Cifuentes, Alejandro Florit Robles, Pilar NietoGegregori y María Salazar García

Directora de Publicaciones:

Paloma Martínez Heras

Diseño y maquetación:

Daniel Sánchez "de V" Imagen

Gráfica. www.imagengraficadev.com

Fotografía cedidas por: Enesto González Vasco y Daniel Sánchez Rodríguez

Difusión: Digital

Actitudes de la empresa ante la incorporación al staff de personas con discapacidad mental

Autores: Miguel Á. Castro Rodrigo*, Ana Báez Miralles **, Rosana Calvo Cruzá ***, María Hernán Navarrete ****, Graciela Bormapé Ponce *****. M^o José Gómez Quintanilla *****. Ignacio Martín Blanco *****. Paloma Martínez Heras *****

* Técnico de apoyo a la inserción laboral, ** Terapeuta ocupacional, *** Psicóloga, **** Preparadora laboral, ***** Maestros/as de taller, ***** Directora y Psicóloga. Centro de Rehabilitación Laboral Móstoles. Gestión Técnica: Grupo EXTER.

Las personas con enfermedad mental cuentan con una serie de necesidades sociales y sanitarias. Para dar respuesta a las primeras, desde la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, a través de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, ofrece una amplia y diversificada red de centros y recursos de atención social, que de forma coordinada y complementaria con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental, trabaja por el apoyo a la integración.

Dicha red cuenta con una tipología de Centros y Recursos sociales que ofrecen programas individualizados: Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Además, para garantizar una atención global se hace imprescindible una colaboración estrecha con el resto de recursos de atención de la Comunidad, especialmente con los Centros de Salud Mental (CSM).

Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

Para ayudarles a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.

Centros de día (CD)

De apoyo y soporte social, para

ayudar a las personas con enfermedad mental con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles. Miniresidencias (MR).

Servicio residencial flexible y polivalente que ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día.

Pisos supervisados.

Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos en los que residen tres o cuatro personas con enfermedad mental que reciben el apoyo y supervisión que en cada momento necesitan.

Plazas en pensiones.

Ofrecen un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, de cara a evitar procesos de marginación.

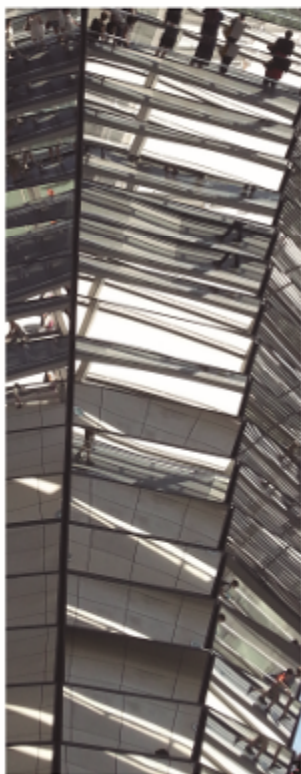
Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)

Permiten ofrecer atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su

entorno familiar y comunitario.

CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

Ofrecen programas individualizados de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales y sociales necesarios para acceder al mundo laboral y



apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Mediante un proceso individualizado se le prepara y capacita a la persona para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, el acceso y el mantenimiento de un empleo en el mercado laboral.

Cuenta con un equipo multidisciplinar específico compuesto por: un director/a, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, técnico/a de apoyo a la inserción laboral, preparador/a laboral, maestr@s de taller y auxiliar administrativo.

OBJETIVOS

1.- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.

2.- Propiciar y apoyar su inserción en el mercado laboral muy especialmente en el ordinario (empresas, autoempleo) o en su caso en empleo protegido (Centros Especiales de Empleo).

3.- Articular y organizar el contacto con los recursos de formación laboral y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción laboral.

4.- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de integración laboral de este colectivo.

5.- Ofrecer el seguimiento y apoyo que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en el mundo laboral, del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada

persona necesite para asegurar su mantenimiento en el mundo laboral, del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.

6.- Llevar a cabo acciones de Asesoramiento y Sensibilización.

PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

1. Tener una enfermedad mental grave y duradera.

2. Estar en situación estable.

3. Estar siendo atendido y ser derivado del Centro de Salud Mental de referencia.

4. Edad entre 18 y 50 años, con flexibilidad en límite superior.

5. Tener un mínimo de autonomía social y personal.

6. Presentar motivación por la integración laboral.

7. Disposición a la intervención.

REHABILITACIÓN LABORAL

Tener empleo en nuestra ciudad es un claro criterio de ciudadanía e inclusión social, que al mismo tiempo requiere de un funcionamiento razonable.

Para cualquier persona (tenga o no enfermedad mental) el trabajo supone:

☒ El acceso a una vida digna y estable.

☒ Un factor de integración y normalización, en la medida en que favorece el establecimiento de relaciones sociales y personales que condicionan su participación social.

☒ La construcción de un proyecto de vida, dado que le permite la posibilidad de recuperar o alcanzar un nivel de vida

satisfactorio, además favorecer la construcción de una identidad.

Además, los beneficios que le aporta el trabajo, a las personas con enfermedad mental, es la posibilidad de abandonar su arraigado rol de enfermo para asumir un rol normalizado, un rol de trabajador.

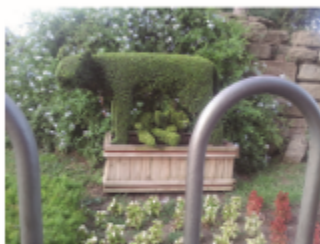
En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1984, definió que el objetivo de la rehabilitación laboral es el de "capacitar a una persona con una discapacidad a obtener, mantener y progresar en empleo adecuado y, por ende, mejorar su integración o reintegración en la sociedad" o la Organización Mundial de la Salud en 1993.



Por ello, el elemento central de la rehabilitación laboral será desarrollar las competencias y habilidades que cada persona necesita para comenzar a formar parte del mundo laboral y mantenerse en él de forma productiva y satisfactoria para todos los agentes participantes, es decir conseguir la **INSERCIÓN LABORAL PLENA**, es decir, en las mismas condiciones que otro trabajador sin discapacidad. Lo que pretende, en definitiva es desplazar al sujeto de un rol de enfermo (inactivo, marginador y estigmatizado) hacia un rol de trabajador (activo, integrador y normalizado).

ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA LABORAL. EMPLEO

El desempeño de un rol social activo implica desarrollar un actividad socialmente valorada y por la que la persona obtiene cierto grado de reconocimiento. Asimismo, el contar con una retribución, fruto de su trabajo, le permite una independencia económica que le facilita formar parte activa de la sociedad, contribuir al producto interior bruto, lo que favorece su integración y normalización como un ciudadano más.



El ser y percibirse como un ciudadano más, que participa a través de un rol activo hace que se fije metas, que elabore planes, que tenga un proyecto de vida.

El empleo supone un indicador y un instrumento de recuperación de las personas con enfermedad mental grave y duradera. Recuperación entendida como la posibilidad de recuperar o alcanzar una vida satisfactoria y dotada de sentido, incluso aunque persista la enfermedad y con ella determinados niveles de sintomatología y discapacidad. En este sentido existe evidencia acumulada con respecto a la repercusión del empleo en determinados aspectos como en el funcionamiento social, en el grado de satisfacción de la persona, su autonomía personal, su autoestima y su calidad de vida.

ASPECTOS QUE DIFICULTAN LA INSERCIÓN

A la hora tener en cuenta las barreras que deben afrontar las personas con enfermedad mental existe un consenso, entre diferentes autores, en clasificarlas en tres grupos.

1. En el primero estarían incluidas las derivadas de la propia enfermedad mental. Estas limitaciones pueden observarse en distintos momentos de la integración laboral: a la hora de elegir el trabajo la persona podría no saber identificar sus intereses laborales (porque carezca de ellos o sean desajustados); no identificar sus competencias ni sus carencias laborales; no valora las alternativas laborales por su propio valor sino en función de sus ideas erróneas sobre el trabajo o por cuestiones secundarias; no planifica los pasos laborales que tiene que seguir para alcanzar un objetivo. A la hora de acceder a empleo las dificultades están relacionadas con no identificar las ventajas que implica el estar empleado; en no saber manejarse en la búsqueda de empleo (no sabe dónde ir para buscar empleo, cómo hacer un Curriculum Vitae, enfrentarse, de forma adecuada, a una entrevista de trabajo, etc.). Una vez conseguido el trabajo pueden aparecer problemas para conservarlo por no llevar a cabo conductas laborales (puntualidad, aseo, apariencia personal, organización, planificación, utilización del transporte público; etc.) y sociales, etc.

2. En el segundo grupo estarían aquellas relacionadas con el prejuicio social, uno de los principales obstáculos. Para conseguir la integración de cualquier colectivo en cualquier área de la vida es importante tanto la motivación de ese colectivo por parti-

cipar en la comunidad como la aceptación por parte de la sociedad de ese colectivo. Concretamente en nuestro caso la sociedad no muestra actitudes de aceptación, la mayor parte de las veces, por la falta de información que tienen respecto a la enfermedad mental. A esta falta de información se une, en ocasiones, la imagen distorsionada difunden los medios de comunicación, el cine, la literatura, etc., que suelen centrarse en aspectos que siguen alimentando el estigma y no en aquellos que muestran el éxito en la integración de este sector de la población. De esta forma, nos encontramos con una sociedad, incluyendo empresarios, trabajadores, con creencias erróneas, lo que afecta de forma determinante las posibilidades de integración sociolaboral de estas personas.



AUTOESTIGMA

Se refiere a las reacciones de las personas que pertenecen a un grupo estigmatizado y que se evidencian en el AUTOPREJUCICIO que conlleva reacciones emocionales negativas....

3. Y en tercer lugar las derivadas de la situación del mercado laboral. En la actualidad éste está caracterizado por su continua y rápida transformación, por el aumento del número de personas en situación de desempleo y desempleados de larga duración, trabajadores con mayor y mejor formación, demanda de polyvalencia por parte del trabajador, reforma laboral, despidos baratos, precariedad laboral (reducción de salarios; etc.), recortes de prestaciones, etc.

El estudio de variables predictoras del éxito o el fracaso de la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental ha generado distintos trabajos de investigación, los cuales debido a numerosos factores no permiten extraer conclusiones definitivas, si bien orientan a la hora de señalar indicadores que se tienen que tener en cuenta. Los investigadores se centran en predictores de tres tipos: las características de las personas con enfermedad mental, los factores ambientales y las intervenciones (Bond y Drake, 2008).

En este tiempo han continuado investigando este tipo de factores concluyendo que existen variables que favorecen el acceso al empleo y otras que no están relacionadas con el fracaso laboral.



ASPECTOS QUE FAVORECEN EL ACCESO A EMPLEO (Orviz y González, 1994)

Entre los factores que predicen el éxito laboral estarían:

- Tener deseo de trabajar, estar motivadas por acceder a empleo.
- Verse a sí mismo/a desempeñando un rol de trabajador/a (ya sea a corto, medio o largo plazo).
- El trabajo en una actividad de preferencia, mantenido el doble de tiempo que aquellos empleos en otras actividades. Mayor satisfacción con el trabajo, cuando este se realiza en una actividad de preferencia
- Que las expectativas e intereses con los que cuente la persona estén ajustados.
- Las experiencias laborales previas, el grado de éxito en las mismas, es decir, que el funcionamiento en el entorno laboral haya sido adecuado. Asimismo el contar con experiencias de formación para el empleo o haber realizado prácticas laborales.
- El disponer de un apoyo familiar y profesional.

ASPECTOS QUE NO DETERMINAN UN FRACASO LABORAL

Por otro lado, entre los factores que no predicen el fracaso laboral se encuentran los siguientes:

- El diagnóstico psiquiátrico que tenga la persona.
- La evolución de la enfermedad, en cuanto a número de episodios de hospitalización psiquiátrica y la duración de cada uno de ellos.
- Qué síntomas psicopatológicos estén presentes en la persona.
- El funcionamiento que la persona tenga en contextos no laborales.

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA. "LA RESPONSABILIDAD SOCIAL HA VENIDO PARA QUEDARSE"

Según el Libro Verde de la Comisión Europea (2001): "Fomentar un marco europeo para la RSE", se define a ésta como:

"Integración voluntaria para las empresas de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores".

Ser socialmente responsable no significa solamente cumplir plenamente con las obligaciones jurídicas, sino también ir más allá del cumplimiento invirtiendo:

- En capital humano
- En el entorno (medioambiente)
- En las relaciones con los interlocutores

BENEFICIOS DE LA EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE

Las empresas han empezado a evaluar las repercusiones positivas que este compromiso social tiene sobre ellas, destacando las siguientes:

❑ SOCIALES

- Sus productos y servicios adquieren un valor añadido que les diferencia de sus competidores, situándoles en un lugar destacado para la captación de nuevos clientes que igualmente hayan podido adquirir un compromiso de responsabilidad, del tipo que sea: medioambiental; derechos humanos; desarrollo social.
- La imagen corporativa y la coherencia interna se ve reforzada con los compromisos sociales adquiridos, lo que repercute en la identificación

6

de los trabajadores con los principios y valores de la empresa y mejora su compromiso, motiva-

motivación y productividad.

- La incorporación de otros sectores de población a la empresa, en este caso, personas con problemas de salud mental, favorece la diversidad del capital humano en aspectos como la creatividad e innovación, las relaciones humanas, nuevos valores y el aumento de personal motivado en la empresa.

- El aumento del empleo supone la disponibilidad de más recursos para las familias y, como consecuencia un mayor consumo de servicios, lo que beneficia directamente a las empresas.

- Aumentan las posibilidades de encontrar aquellos/as trabajadores/as que las empresas necesitan para su mantenimiento y expansión.

❖ ECONÓMICOS

Las empresas se benefician de ventajas fiscales y bonificaciones en las cuotas a la Seguridad Social por la contratación de algunos colectivos como personas con discapacidad.

Estos beneficios son de derecho para todas las empresas que contratan personas con discapacidad, pero el optar a este tipo de beneficios no nos define como socialmente responsables...

BENEFICIOS PARA EL/LA TRABAJADOR/A DE EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE

El hecho de mostrar la empresa una imagen corporativa comprometida, también en la práctica, socialmente contribuye a que los trabajadores/as se identifiquen con la misma, así como con los valores y principios que ésta defiende. Todo ello favorece que se sientan más comprometidos y motivados, lo que se traduce en que se dé más productividad, menos absentismo, menor movi-

lidad laboral, mejor clima social dentro de la empresa.

¿QUÉ OFRECEMOS A LA EMPRESA DESDE EL CRL?

Un Recurso de preselección de personal cualificado, a coste cero, con ajuste del perfil profesional solicitado por la empresa.

Un apoyo al trabajador/a en el acceso y/o en el mantenimiento en el puesto de trabajo.

Un apoyo, coordinación y asesoramiento entre el Centro y la empresa durante toda la prestación del servicio.

Un contacto permanente entre los técnicos responsables.

TODOS AQUELLOS ASPECTOS SOCIALES (ADEMÁS DE LOS ECONÓMICOS) COMENTADOS ANTERIORMENTE (mejora del clima social; imagen corporativa; nuevos clientes; etc.).



ACTITUDES EN LA EMPRESA

Desde la rehabilitación laboral se concibe el trabajo por tanto como instrumento para:

- Alcanzar mayor poder adquisitivo.
- Integrarse en la vida de su comunidad y aumentar su red social.
- Mejorar su posición dentro de la familia.
- Aumentar su autoestima y mejorar su estado de ánimo.
- El mantenimiento de la ocupación les permite estar menos centrados en sus problemas.
- Mejora del equilibrio ocupacional.
- Impedir el aislamiento.

Pero también nuestra experiencia directa con las empresas nos ha presentado los prejuicios e ideas erróneas que muchas de estas tienen con las personas con enfermedad mental. Sirva como ejemplos las siguientes:

- La enfermedad mental les imposibilita cumplir con las exigencias de un trabajo.
- Toda exigencia supone un estrés que puede aumentar la posibilidad de una crisis.
- Es preferible que solicite una pensión que cubra sus gastos personales y que realice actividades para mantenerse ocupado.
- Trabajos protegidos o con apoyo de un profesional de salud mental.
- Fundamentalmente manual, sin excesivas demandas intelectuales.
- De pocas horas, no pueden soportar una jornada completa.
- Flexible en cuanto a horarios, asistencia.
- Que no requiera esfuerzo físico.
- Trabajos de baja cualificación, como limpieza, trabajos repetitivos...
- Consideración del trabajo como riesgo más que como be-

neficio.

- El trabajo no es prioritario en el proyecto de vida de una persona.

ACCIONES QUE SE LLEVAN A CABO DESDE EL CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

La Intermediación Laboral, que se concibe como una estrategia de intervención transversal dentro de los Centros de Rehabilitación Laboral, orientada a dar apoyo tanto a la persona atendida, que va a acceder a la formación o al empleo, como a la Empresa o Recurso Formativo al que va a incorporarse durante todo el tiempo que dure su formación o contrato laboral. Por tanto, va a contemplar todas aquellas acciones encaminadas a establecer nuevos contactos con entidades en las que se va a insertar a la población atendida; a fidelizar los mismos; a establecer la coordinación y el asesoramiento que dé respuesta a las diferentes cuestiones que surjan o que puedan surgir respecto a la inserción formativa o laboral del trabajador por quien se intermedia; a sensibilizar para modificar ideas erróneas respecto a su desempeño laboral y a generar nuevas oportunidades reales de integración laboral.

Partiendo de esta consideración se pasa a realizar un análisis más detallado de la última acción teniendo presente que el objetivo de todas estas ellas es generar oportunidades de empleo, en definitiva normalizar la presencia de personas con enfermedad mental en entornos laborales.

Apoyo en el puesto de trabajo. Se trata de ofrecerle a la empresa todas las facilidades (apoyos en el puesto de trabajo) posibles de cara a podernos coordinar y

colaborar en temas de inserción laboral. Para el Centro, y así se le traslada a la empresa, lo importante no sólo es que la persona trabaje, sino que se mantenga en el puesto y que el/la empresario/a y trabajador/a estén satisfechos/as. De esta forma se posibilita que la empresa perciba que, como Recurso, podemos serle útil favoreciendo así en futuras ocasiones generar esta necesidad.

Prácticas no laborales. Se valoran posibles colaboraciones haciendo hincapié en que la mejor manera de conocer el desempeño de candidat@s es a través de la contratación y si ésta no fuera factible de otras fórmulas como por ejemplo la formalización de unas prácticas no laborales.

Sensibilización a empresas. Se promueve, siempre que sea posible, acciones conjuntas encaminadas a desmitificar y eliminar falsas creencias respecto al desempeño laboral de las personas con enfermedad mental, y favorecer oportunidades reales de trabajo.

Ejemplos de actuaciones con empresari@s de sensibilización:

- Organización de desayunos empresariales;
- Participación activa en los coloquios laborales que se promuevan desde el Recurso y a los que se inviten, como responsables del tema a abordar, al empresari@;
- Colaboración, como observador o participante, en distintos eventos que, desde el Centro, se pongan en marcha (charlas sobre sensibilización o RSC; actividades de voluntariado corporativo; charlas de difusión del trabajo conjunto; etc.).

Y todas aquellas que se diseñen para generar oportunidades de inserción laboral de personas

con enfermedad mental, desde la normalización y la plena integración social.

BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN ANTE EMPRESAS SENSIBILIZADAS

Cuando la empresa con la que estamos colaborando está sensibilizada con el la población con la que trabajamos, personas con enfermedad mental, la posibilidad de acceso a empleo, prácticas o formación es mucho más fácil.

La fórmula más efectiva para que el/la empresario/a se sensibilice respecto al desempeño laboral de personas con enfermedad mental es la experiencia directa su contratación.

Si el resultado de esta contratación ha sido exitoso se obtienen, entre otros, los siguientes logros:

- ☒ Se modifican ideas erróneas respecto a las posibilidades de integración laboral de personas con enfermedad mental.
- ☒ Se genera confianza en el Recurso respecto a la selección realizada para cubrir el puesto de trabajo.
- ☒ Se propician nuevas oportunidades de inserción laboral por parte de la empresa:
 - Ofreciendo nuevas ofertas a cubrir con nuevos/as candidatos/as
 - Favoreciendo la promoción interna del trabajador/a que inicialmente ha entrado para cubrir determinado puesto, si el resto de condiciones son favorables (porque cumpla con los requisitos del puesto; etc.).
 - Posibilitando la apertura de nuevas empresas al trasladar en distintos foros (por ejemplo: asociaciones de empresarios) la experiencia exitosa en la contratación de personas con enfermedad mental.
- ☒ Se favorece la fidelización de esa empresa dentro de nuestra "cartera de clientes".

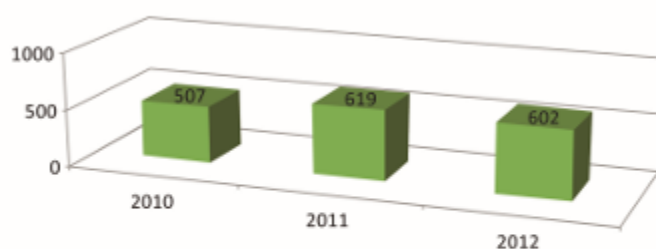
Ejemplo: Central Logística de Decathlón.

DATOS DE INSERCIÓN

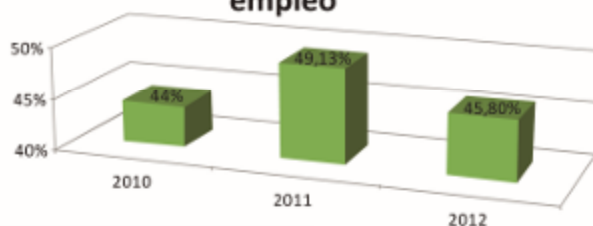
Red de Centros de Rehabilitación Laboral de Comunidad de Madrid

Personas que acceden a empleo		Total usuarios atendidos en Red de CRL's	% personas que acceden a Empleo	
507	2010	1137	2010	44%
619	2011	1260	2011	49,13%
602	2012	1313	2012	45,80%

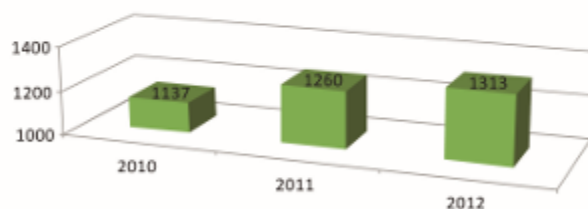
Personas que acceden a empleo



% de personas que acceden a empleo



Total usuarios atendidos en Red de CRL's





Personas del CRL
Móstoles que
acceden a empleo

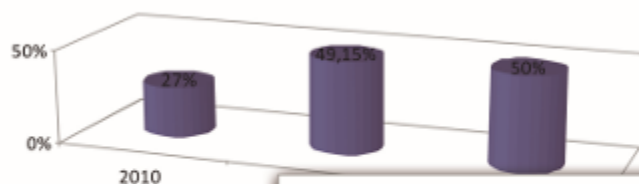
Total usuarios atendidos en CRL
Móstoles

15	2010	55
29	2011	59
31	2012	62

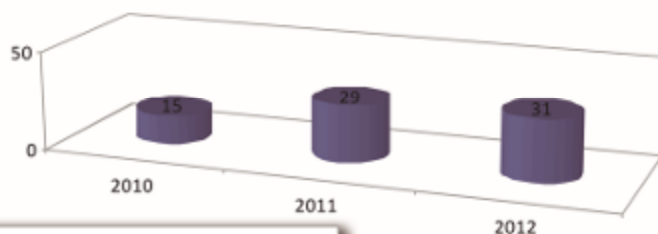
% de personas de CRL Móstoles que acceden a empleo

2010	27%
2011	49,15%
2012	50%

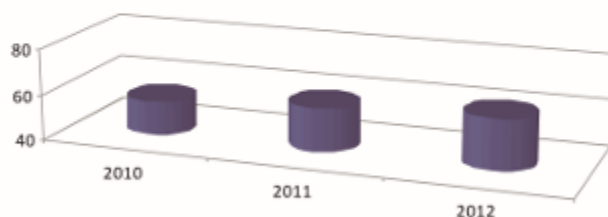
% de personas de CRL Móstoles que acceden a empleo



Personas del CRL Móstoles que acceden a empleo



Total usuarios atendidos en CRL Móstoles



EL ABISMO IDEOLÓGICO DEL LENGUAJE EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Análisis crítico de los usos de los términos normalidad y conciencia de enfermedad.

Autores:

Raúl G. Gómez*

Miguel A. Castejón Bellmunt**

*Subdirector Dpto. Recursos de Atención Social.

**Director Dpto. Recursos de Atención Social. Fundación MANANTIAL.

"No podemos hablar, súbitamente, de normalidad o locura en relación a una persona (aislada). Ante todo, hay que decir que tanto en la normalidad como en la locura, hay por lo menos en cierta medida, una relación con el mundo, un modo de estar en el mundo y de estar con los otros que no puede extrapolarse totalmente de su relación con nosotros".

(Laing, 1980)

Las palabras, como seres vivos que son, tienen su propio significado pero van adquiriendo otros significados de las palabras que las acompañan y del lugar que van ocupando en las frases, en los contextos, en los silencios o en las culturas en las que se van enunciando. Uno de los mecanismos de seducción de las palabras es el sentido que se va deslizando por ellas a consecuencia del uso y el desgaste. A veces, la intención y el sentido del uso de una palabra, y de su concepto asociado, no coinciden. La tesis de este artículo es que, como profesionales de la palabra que somos, debemos ejercer una vigilancia estrecha sobre el lenguaje y sobre el sentido con el que usamos el lenguaje y, por tanto, sobre la realidad que pretende designar ese lenguaje. Las palabras a veces esconden ideas y hasta ideologías. Descender hasta el abismo de la ideología de las palabras es la intención de esta intervención. En rehabilitación psicosocial,



cial, igual que en otras disciplinas o ámbitos del conocimiento, nos instalamos en ciertas palabras y conceptos como lugares de confort para salir indemnes del naufragio que supone braccar a contracorriente del lenguaje y de la realidad. Dos de las expresiones que usamos los profesionales para huir de la disputa y conseguir la tranquilidad consiguiente es el uso de la expresión conciencia de enfermedad como termómetro del grado de salud o enfermedad de un paciente y el uso del término normalización como termómetro que mide el grado de incorporación a una rutina social compartida. A priori, son dos expresiones bienintencionadas que se alargan en su uso hasta alcanzar, al modo de ver de los autores, la categoría de tópico o lugar común, es decir, un lugar conocido, transitado por todos o por muchos, un sitio donde se encuentra la mayoría pero que, por repetido, termina desgastándose y vaciándose de contenido.

Al lenguaje le exigimos que diga mucho en poca cantidad de tiempo y al menor esfuerzo posible. Detenemos a pensar sobre cómo decimos las cosas y, sobre todo, preguntarnos ¿qué queremos decir cuando decimos...? supone detener el tiempo en su estructura lingüística, supone preguntarnos por el significado de aquellas frases que de tan familiares han perdido su sentido

original o terminan escondiendo lo contrario de lo que muestran. Desde hace algún tiempo, me pasa que cuando oímos a alguien sacar la bandera de la normalización y de la conciencia de enfermedad nos ponemos en guardia y nos preguntamos qué hay detrás de ese propósito, qué se quiere decir realmente con esas expresiones.

La normalidad no es sinónimo de salud, de igual modo que anomalía no es sinónimo de patología. Salud se opone a patología pero no siempre a anomalía. Anormal y enfermo no son conceptos sinónimos. Dependerá del criterio de normalidad que se utilice. Así puede ser anormal no enfermar en determinadas condiciones. En estos casos, lo normal es contraer la enfermedad. La tesis de este texto es que si prestamos más atención al significado que los pacientes dan a sus experiencias "anormales" entenderemos que esas experiencias, en el contexto de su narración biográfica y emocional, pueden llegar a ser normales y adaptativas para seguir viviendo, a veces no en sociedad (ya sabemos que el aislamiento social es una respuesta habitual en personas que viven este tipo de experiencias psicóticas), pero viviendo al fin y al cabo. Y con esta propuesta estaremos entiendo la locura como un ingrediente de la existencia humana, lo que supone igualarnos todos (sociedad, pacientes y profesionales) en nuestra condición de humanos y de vulnerables. Una de las defensas que tenemos que vencer en este sentido es la de negar nuestro propio miedo a "perder el juicio" y proyectar nuestra locura en los demás. Este es el miedo ancestral (y humano) que está detrás del estigma y de la imagen negativa que ha ido acumulando la locura a lo largo de



los siglos.

Hablar de normalidad conlleva también una buena dosis de ideología. Voy a seguir para esta reflexión a Paulo Freire quien aseguraba que el ser humano debería dirigirse siempre al ser más alejándose de su par antitético: el ser menos. Una manera de garantizar el ser menos es deshumanizando a los más débiles, desnaturalizando a los que, supuestamente, se salen de la normalidad, estableciéndose así una jerarquización de las relaciones. Y precisamente esta idea de "normalidad" la vemos en la relación profesional-paciente, de la misma forma que Freire la veía en la relación educador-educando:

El profesional es quien sabe; el paciente quien no sabe.
 El profesional es quien piensa, el sujeto del proceso; el paciente es el objeto pensado.
 El profesional es quien habla; el paciente quien escucha.
 El profesional es el que opta y prescribe su opción; el paciente quien sigue la prescripción.
 El profesional es quien actúa; el paciente es aquel que tiene

la ilusión de que actúa en la actuación del profesional.

Vemos con estos esquemas que la "normalidad" de la que hablamos no es más que la consecuencia de la "normalización" que es impuesta desde un marco de referencia que solo atiende a estructuras y esquemas médicos.

Cada vez que se habla de normalidad nos preguntamos si esa bagatela conceptual no estará haciendo más acusada la línea que separa lo normal de lo anormal, la salud de la enfermedad, la locura de la cordura. Si, pretendiendo acercar los locos a la sociedad en general, no estaremos alejándonos y poniendo más distancia. La higiene lingüística y conceptual que proponemos pasa por evitar que una idea, aparentemente inocua y pretendidamente igualitaria, como es la de hablar de normalización para marcar la línea que separa los que están locos de los que no, no esté escondiendo realmente un significado más de lejanía que de cercanía, insistiendo, otra vez más, en la distancia entre el profesional y el paciente, a modo de la mesa que nos protege en el despacho o de la puerta conformista que se cierra dejándonos tranquilos del lado de la cordura en nuestro papel de profesionales altivos y suficientes. Luego está la idea del "como si", para apaciguar nuestra conciencia. Vamos a hacer "como si" fueran normales en nombre de la normalidad en la que vivimos instalados los cuerdos. Esta es una posición infantil que libra al paciente de cualquier responsabilidad. Tildar a una persona de "normal" es encerrarla en un coche sin puertas que circula por un callejón sin salida. Además, es despectivo y discriminatorio pues quién no entre en mi hermética visión es

considerada "a-normal", aislándolo del resto. La normalidad no existe, es un invento, una mentira. Nadie es normal a nadie. Nadie es más que nadie. Pensemos qué hay detrás de cada "normal" y veremos los antagonismos de clases, las diferentes y diferencias ideológicas. El objetivo del proceso de recuperación no debe ser el de alcanzar la normalidad. El objetivo debe ser el de aceptar nuestra vocación humana de ser más profunda y completamente humano.



Con la expresión conciencia de enfermedad no pasa nada diferente en lo que a la carga ideológica se refiere, aunque en este caso nos vamos a referir a una ideología relacionada con el modelo explicativo imperante en el ámbito de las enfermedades mentales, el modelo médico/biológico.

La primera reflexión crítica que nos asalta al oír el término es que su uso reduce los problemas mentales al criterio de enfermedad. Reducir el modo de ser y actuar de alguien a una enfermedad está en perfecta sintonía con el modelo más biológico de los problemas mentales donde el hecho de que te receten una medicación refuerza la idea de que sufres una enfermedad, lo que induce a adoptar una actitud pasiva y sumisa ante el omnisciente saber de la ciencia. Una de las relaciones más establecidas dentro del mundo de las enfermedades mentales es la de vincular la adherencia al tratamiento (médico, claro, porque nuestra crítica apunta en este punto a que sólo se dé por válido y necesario el tratamiento farmacológico) con la conciencia de enfermedad. Según este esque-

ma, si te adhirerías al tratamiento (o sea, si te tomas la medicación correctamente) adquirirás la conciencia necesaria de la enfermedad como para mantener la prescripción del tratamiento y evitar recaídas. Hasta aquí el esquema basado en el modelo biológico de la enfermedad. Pero el punto de ruptura para el que la ciencia no tiene respuesta es el siguiente: ¿cómo adherirme al tratamiento médico si no reconozco que tengo una enfermedad? ¿No crees, querido lector, que esto no es más que un círculo vicioso del que es imposible salir? Y, lo peor, es que para salir de este laberinto lo único que se nos ocurre a veces es criticar y hasta juzgar al paciente por no encontrar la salida por sí mismo a este círculo vicioso. Grata y cómoda función la que nos toca asumir a los, llamados por Racamier,



La propuesta de este artículo pasa por no vincular la salud o la recuperación del juicio de una persona al reconocimiento de una enfermedad porque, entre otros argumentos, ni si quiera hay consenso sobre qué cosa es eso que llamamos esquizofrenia. Entendemos que la función del profesional de la salud mental no debe ser tanto conseguir que el paciente se reconozca como enfermo ni que adecúe sus patrones de comportamiento y actuación a un criterio de normalidad dictado por la comunidad científica o por una parte de la sociedad dominante sino la de entender el significado o sentido de la psicosis en el contexto de la vida de un ser humano. Enfocando el tema de esta manera prestaremos atención a fenómenos tan poco atendidos por un abordaje exclusivamente médico como la experiencia que viven las personas que acuden a nuestros servicios de tener una enfermedad mental junto con el resto de pérdidas que ello conlleva, cómo responden emocionalmente a la adaptación a una nueva realidad y a unas experiencias novedosas y extrañas, cómo ayudarles a desarrollar la necesaria tolerancia a la frustración hacia el hecho de haber recibido un diagnóstico psiquiátrico o, más novedoso aún, cómo ayudarles a transitar una etapa de duelo que supone la pérdida de la salud mental. Si, en lugar de hablar de enfermedad y exigirle al paciente que reconozca lo que ni nosotros mismos sabemos qué es, le ofrecieramos al paciente un espacio de seguridad para las reacciones emocionales que provoca el malestar ganaríamos una confianza que sería beneficiosa para mantener la comprensión empática hacia las personas que viven este tipo de experiencias. Se trata de crear un tipo de vínculo que haga posible la reconstrucción

de la identidad y un lugar desde el que tratar el conjunto de experiencias significativas que dan sentido a la experiencia psicótica.

De la misma forma que sucedía con el término normalidad, pretender que alguien se declare enfermo como requisito imprescindible para su curación es tanto como pedirle que se adecúe a nuestro pensamiento y sea aniquilado como sujeto. Lo que sí queda garantizado con el uso del término conciencia de enfermedad es el poder del psiquiatra o del profesional que hace de la recuperación de la razón una exigencia que, en caso de darse, acabaría con el concepto mismo de enfermedad para pasar a formar parte de la tribu de los normales, es decir, de los que mantienen la razón a raya, los que piensan en términos de normalidad. Y, en este caso, el trabajo se habría terminado porque el loco, reconociendo su locura, habría pasado a formar parte del reino de los cuerdos.



El proceso de alta en un Centro de Rehabilitación Laboral: empleo, áreas vitales y recuperación.

Autores: Carlos de Fuentes *, Beatriz López **, Teresa Aldama ***, Silvia Benito ****

*Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral del CRL "Alcorcón", **Terapeuta Ocupacional del CRL "Fuenlabrada", ***Preparadora Laboral del CRL "San Blas". ****Directora del CRL "Torrejón de Ardoz". Gestión Técnica: Fundación MANANTIAL

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid, desde la Consejería de Asuntos Sociales se plantea la necesidad de atender a las personas con enfermedad mental que encuentran dificultades para integrarse en la estructura social y laboral. Así, con el propósito de apoyar a las personas que precisen un proceso de recuperación para acceder y mantener un puesto de trabajo, nacen los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Estos dispositivos parten de una filosofía de trabajo interdisciplinar y por ello cuentan con un equipo integrado por un Director, un Psicólogo, un Terapeuta Ocupacional, un Preparador Laboral, un Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral y tres Jefes de Taller.

Desde la apertura del primer recurso en 1991, en la actualidad la Comunidad de Madrid cuenta con 21 centros, cinco de ellos gestionados por Fundación Manantial. En 2012, fueron 1.313 el número de personas atendidas por el conjunto de los CRL de la Red de la Comunidad de Madrid, de las que 319 (el 24,3%) lo fueron en centros gestionados por la Fundación Manantial.

Estos recursos quedan integrados dentro de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Subdirección General de Asistencia Técnica y Coordinación de

de Planes para personas con discapacidad de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Además, para garantizar una atención global se hace imprescindible una colaboración estrecha con el resto de recursos de atención de la Comunidad, especialmente con los Centros de Salud Mental (CSM).

En coordinación con estos recursos sanitarios se valora, entre otras cosas, el acceso y salida del CRL, es decir, la idoneidad del perfil de atención y el momento de alta por integración laboral.

Cuando alguien es derivado al CRL, se inicia un proceso individualizado de atención, de acuerdo con el Sistema de Calidad UNE-EN ISO 9001 que generalmente y atendiendo a las especificidades de cada PERSONA sigue este itinerario:

1. Fase de acogida: tiene como objetivo crear, desde la primera toma de contacto con el recurso, un vínculo de confianza.
2. Fase de evaluación: busca conocer a la persona, valorar su nivel de empleabilidad y consensuar el Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIR-L).
3. Fase de intervención: se trata de lograr que a través de las acciones establecidas en el PIR-L la persona consiga potenciar sus capacidades y

definir el lugar que ocupa el trabajo en su proyecto vital. Además, desde el momento en el que el individuo comienza una actividad laboral, recibe un apoyo personalizado para marcar estrategias que le ayuden a mantener el puesto de trabajo.

4. Fase de seguimiento: acompañar a la persona en la transición hacia los apoyos naturales en sustitución de la intervención del CRL, constatando que sostiene lo alcanzado hasta este momento.

5. Fase de salida: consiste en formalizar el momento en el que el sujeto deja de ser atendido en el centro. Puede darse por diversos motivos como formación prolongada, cambio domiciliario, derivación a otro recurso, abandono, etc. En lo que respecta al objeto de este análisis, cuando se observa que el trabajador es autónomo en el puesto, se propone el **ALTA POR INTEGRACIÓN LABORAL**.

ALTA DE UN CRL POR INTEGRACIÓN LABORAL

Para llegar a plantear un alta por integración laboral, históricamente se tenían en cuenta criterios fundamentalmente laborales como son la ejecución de la tarea, el manejo de instrucciones, el funcionamiento en la empresa, las habilidades sociales básicas y avanzadas, el control de la sintomatología, adherencia al tratamiento farmacológico y al

al CSM. Es decir, alcanzar los objetivos de rehabilitación laboral exigía cumplir de forma lineal con un itinerario de actividades prácticamente estandarizado.

La aparición de nuevos enfoques de rehabilitación centrados en el empoderamiento de la persona con enfermedad mental, y apoyados en el Modelo de Recuperación¹, nos hacen plantearnos que para proporcionar una asistencia de alta calidad, resulta imprescindible acompañar y apoyar a la persona en sentido holístico haciendo una consideración de todas sus dimensiones, física, social, emocional, laboral, etc.

Siguiendo esta reflexión, ¿es suficiente para dar un alta de un CRL que la persona haya conseguido y mantenido un empleo o es necesario tener en cuenta otros aspectos relativos a la vida del trabajador? Veamos el tema con un poco de detenimiento.



Aunque existe un perfil general que han de cumplir los potenciales usuarios de los CRL2, la realidad muestra que trabajamos con personas cuya complejidad requiere modos de acción del equipo que respondan no sólo al aspecto puramente laboral si no al resto de áreas que integran la persona (cuidados básicos -en los que se engloban desde la conciencia de enfermedad hasta temas de higiene, manejo de transportes o de dinero, pasando por el mantenimiento del hogar-, relación familiar o de convivencia, participación social y ocio y tiempo libre) respondiendo por tanto al principio de atención integral y a un enfoque de intervención centrado en la persona. Por tanto, no se trata de "solucionar" todos los aspectos de la vida del trabajador, pero tampoco de pasar por alto elementos que sin estar relacionados estrictamente con el empleo, puedan afectar a su mantenimiento. Esto es lo que denominamos "Equilibrio en Áreas Vitales".

Sin perder el objetivo propio del recurso -el empleo- y siguiendo el Modelo de Recuperación, desde los CRL se ha empezado a mostrar una mayor apertura a la escucha del proyecto de vida de la persona, apoyando su proceso de recuperación que puede concretarse en conseguir una inserción laboral o no. El CRL es, por tanto, un medio más para que la persona pueda reconstruirse y construir su plan de futuro. De modo que transcurrido el paso por el recurso si la persona ha conseguido identificar sus deseos con respecto al trabajo se podría entender la salida como un éxito. Por esta razón pensamos que quizá para un futuro estaría bien reformular los motivos de salida del dispositivo y reconsiderar lo que pueda ser un alta o una baja.



Es cierto que esta forma de trabajar con una visión integral de la persona ya se venía desarrollando en los CRL de la Fundación Manantial, pero también lo es que se necesitaba una herramienta que ayudara a homogeneizar dicha visión durante todo el proceso y a proceder a la fase de salida para el sistema de calidad. Analicemos cada uno de estos puntos con cierto detalle.

LA GUÍA DE EVALUACIÓN DE ÁREAS VITALES.

Se ha diseñado una herramienta, que se adjunta como anexo, denominada "Guía de Evaluación de Áreas Vitales", basada en cinco áreas ocupacionales que recoge el marco de trabajo de la Terapia Ocupacional³. Cada uno de estos grandes puntos engloba otros tantos aspectos que pueden convertirse en facilitadores o interferencias del proceso de recuperación de la persona. La misión de esta guía es organizar la información, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso concreto, ayudar a la reflexión conjunta de

de los equipos acerca de esas áreas y sub-áreas así como formular posibles estrategias de intervención. Debe servir de apoyo para no pasar por alto ninguna faceta que pueda ser importante para la estabilidad del trabajador, haciendo un repaso por todas ellas y deteniéndose en las que tengan peso en su proyecto personal. En definitiva, una herramienta que permita pensar en la persona como individuo único. Y, por ello, además de ser una guía dirigida a los equipos de los CRL puede ser útil para otros profesionales que trabajen en salud mental.

Las áreas ocupacionales que se han identificado son:

a) Cuidado de sí mismo: engloba, por un lado, aspectos clínicos relacionados con la patología mental (conocimiento o conciencia de enfermedad, sintomatología, adherencia a su tratamiento y otras enfermedades que pueda padecer la persona), que se van a contemplar, sobre todo, para detectar su interferencia en el desempeño sociolaboral; por otro, también otras capacidades de la persona (manejo de recursos económicos o del transporte, planificación y mantenimiento del hogar o competencias para realizar trámites y gestiones administrativas), que van a indicarnos su grado de autonomía; y, en un tercer término, los hábitos saludables de vida que lleve la persona y sus expectativas relacionadas con la vivienda en su proyecto vital. Es una relación no exhaustiva de ítems.

b) Relación familiar: comprende no sólo el ámbito de la familia (padre, madre, hermanos/as), muy importante en las personas con enfermedades mentales, sino también

de otras posibles realidades de convivencia de la persona (vida en pareja, propia familia de la persona atendida, vivienda compartida, etc.). Asimismo, se contempla como caso específico la posible situación jurídica de tutela o curatela de la persona atendida y, en concreto, su conocimiento sobre los derechos, deberes y procedimientos derivados de la misma.

c) Participación Social: abarca las capacidades de la persona para participar socialmente con éxito y si efectivamente las pone en práctica. Esto es, si su teórica competencia social se corresponde con las actividades que desarrolla y si se adecua a la norma social en el desempeño de acciones de participación social en la comunidad (por ejemplo, si se desenvuelve de manera adecuada en la biblioteca, piscina, discoteca o en un curso). Asimismo, se tiene en cuenta qué personas o instituciones sociales de su entorno cercano suponen un apoyo en el presente y previsiblemente para el futuro.

d) Tiempo libre: se trata de tener en cuenta si tiene intereses de entretenimiento, si los ejecuta, si están ajustados a sus capacidades y si posee el conocimiento de los recursos de ocio. Asimismo, valorar el llamado "equilibrio ocupacional" entre el tiempo dedicado a un posible trabajo y al descanso. Y, en fin, poder evaluar la satisfacción de la persona en relación a este campo.

e) Participación formativo-laboral: contiene las áreas propias de la orientación vocacional (capacidad para identificar formación y puestos de trabajo de su interés) y de búsqueda

activa de empleo (competencia para hacer frente a procesos de selección y conocimiento de recursos y herramientas para la obtención de una salida formativo-laboral). Además, se pondera el empleo en el proyecto vital de la persona.

Por último, el equipo de profesionales debe tener en cuenta si la persona atendida considera que dispone de las competencias necesarias para desarrollar, por sí misma y con ayuda de sus apoyos naturales, su proyecto vital, que conllevará una salida satisfactoria del recurso.



PROCEDIMIENTO DE LA FASE DE SALIDA DEL CRL.

Se ha elaborado el procedimiento para la salida del recurso cuando existe un alta por integración laboral. En concreto, se ha establecido que se ha de tener una reunión de todo el equipo denominada "Junta de Salida" en la cual se tenga en cuenta tanto los seguimientos laborales en los que se ha concluido que no es necesario apoyo profesional para mantener el puesto de trabajo, como la Guía de Evaluación de Áreas Vitales, descrita en el apartado anterior. Esta Guía sirve para asegurarse que la persona conoce y cuenta con los recursos y apoyos necesarios para continuar avanzando en su proyecto personal. Como se ve, se ha procurado incluir en el mismo nivel no sólo el aspecto puramente del empleo -de desempeño de la tarea y de funcionamiento laboral-, sino también el resto de circunstancias vitales de la persona. En dicha Junta de Salida se podrán identificar aquellos aspectos, no estrictamente laborales, que precisan una continuidad de atención. En caso de identificar alguno será puesto en conocimiento del Centro de Salud Mental de referencia para que proceda a intervenir sobre el mismo según estime más oportuno.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, podemos decir que la puesta en marcha de esta metodología de trabajo en los CRL de la Fundación Manantial ha posibilitado pensar y mirar de forma diferente la atención a la persona desde dicho recurso, así como consolidar los siguientes enfoques:

- 1) La visión holística del individuo durante todo su proceso de recuperación, teniendo en cuenta la interdependencia de las diferentes áreas vitales de un sujeto y no fijándonos única y exclusivamente en la faceta relativa a la formación y el empleo.
- 2) Centramos más en las potencialidades y apoyos naturales de la persona y no tanto en sus déficits.
- 3) Dar un lugar a la palabra de la persona procurando que sea agente activo en todo su propio proceso, respetando sus decisiones, tiempos y favoreciendo experiencias/oportunidades de participación significativas.

4) Flexibilizar la atención, adaptándonos a las necesidades y demandas de cada persona.

5) La importancia de mantener una coordinación estrecha con el resto de recursos de atención de la comunidad a lo largo de todo el proceso y de forma más específica en el momento del alta.



BIBLIOGRAFÍA

Arias, B., Gómez, L. E., Verdugo, M. A., & Navas, P. (2010). Construcción de instrumentos de evaluación de la calidad de vida: consideraciones metodológicas.

En Verdugo, M. Á., Crespo, M. y Nieto T. (Coord.). *Aplicación del paradigma de calidad de vida* (pp. 39-64). Salamanca: INICO.

AA.VV. (2001). Número monográfico "Exámen a la Rehabilitación Laboral", *Revista de la AMRP*, 13.

AA.VV. (2001). *La inserción Sociolaboral: reflexiones sobre la práctica*. (Bastida, A. (Dir.) & Rodríguez, E.M., Morales, J.L. Coord.). Murcia: Editorial Popular.

Basagoiti Rodríguez, M., Bru Martín, P. & Alves Bayer, M. (Coord.). (sin fecha). *De la exclusión a la ciudadanía. Análisis de factores, barreras y oportunidades*. Madrid: Obra Social Caja Madrid.

Dozza de Mendoça, L. (1999). Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos. *Infocop*, 5, (pp. 51-54).

Equipo Promocions (Frago, E., Jover, D., López, V.M., Márquez, F., & Mora, G.). (1996). *El empleo de los inempleables: Metodologías y recursos para la inserción laboral*. Madrid: Editorial Popular.

Farkas, M. (2007). La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención, *World Psychiatry* (Ed. Esp.) 5:2, 68-ss.

Fernández Rodríguez, L. J. & Yániz Igal, B. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. *Informaciones Psiquiátricas*, 69. Recuperado el 26 de febrero de 2013, de http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm.

Fundación Tomillo (Ceniceros Estévez, J.C., & Oteo Antuñano, E.). (2003). *Orientación Sociolaboral basada en itinerarios: Una propuesta metodológica para la intervención con personas en riesgo de exclusión*. Madrid: Fundación Tomillo.

Gómez, L.E., Verdugo, M. A., Arias, B. & Navas, P. (2010). Consideraciones conceptuales y metodológicas sobre el desarrollo de escalas multidimensionales de calidad de vida centradas en el contexto. *Siglo Cero*, 41(2), 59-80.

Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. N. (2000). *Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. INICO. Recuperado el 27 de febrero de 2013 de <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf> Maslow, A. H. (1975). *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Sagitario.

May, R. (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En Gleeson, J. F. M. & McGorry, P. (Coords.) *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana* (pp. 425-452). Bradford. Editorial Desclée.

Muñiz Giner, E. (2007). Enrolamiento clínico, desenrolamiento social. *Boletín AMSM*, otoño, (pp. 10-15).

Rodríguez, A. (2001). Capítulo 1. La atención comunitaria a la población enferma mental crónica: la experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. En *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención* (pp. 15-38). Madrid: Comunidad de Madrid.

The Commission on Practice Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA, Chairperson (2002). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process*. *The American Journal of Occupational Therapy*, 609-639.

Verdugo Alonso, M. Á. (2006). *Programa de habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta auto-determinada en personas con enfermedad mental grave y prolongada*. Salamanca: INICO.

Verdugo Alonso, M. Á. (2006). Programa de habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta auto-determinada en personas con enfermedad mental grave y prolongada. Salamanca: INICO.

Verdugo Alonso, M. Á., Arias, B., Gómez, L. E. & Schalock, R. L. (2009). Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de vida. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya.

1 Sobre el mismo existe ya una abundante bibliografía. Ver, por su interés y por el resumen que realiza de las diferentes concepciones del término "recuperación" o "recovery", el artículo de FARKAS, M. (2007). "La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención", *World Psychiatry* (Ed. Esp.) 5:2, pp. 68 y siguientes. En él se define la recuperación como "el desarrollo de un nuevo significado y nuevos objetivos en la vida personal, más allá del impacto de la enfermedad mental".

2 Ver RODRIGUEZ, A. (2001). Capítulo 1. La atención comunitaria a la población enferma mental crónica: la experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*, Madrid, Comunidad de Madrid, pp. 33-34.

3 The Commission on Practice Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA, Chairperson (2002). "Occupational Therapy Practice Framework; Domain and process". *The American Journal of Occupational Therapy* 56(6), 609-639.



Implicación de la persona en su proceso de recuperación

Carmen Garrido Manzanares
Terapeuta Ocupacional en Residencia Retiro.
Gestión Técnica: Hermanas Hospitalarias.
Tutora del máster en terapia ocupacional en salud mental.

Artículo enmarcado dentro de las acciones para el desarrollo y gestión del conocimiento del Máster en terapia ocupacional en salud mental de la Universidad de Castilla La Mancha. www.tosm.posgrado.uclm.es

"La importancia de nuestros sueños y ambiciones no radica en su realismo, sino en su capacidad de motivarnos, de darnos la razón para levantarnos por la mañana y progresar en nuestras vidas. ¿Cuántos de nosotros podemos decir que hemos conseguido siempre nuestras ambiciones?"

Perkins, R. (2005)

RESUMEN

La práctica profesional, en este caso, como terapeuta ocupacional en salud mental, requiere una evaluación continua sobre la eficacia de la misma. No cabe duda que, si no todos, la mayor parte de los profesionales que trabajan en este campo, dedican sus mayores esfuerzos a establecer estrategias y herramientas que ayuden a incrementar o buscar la motivación y la implicación de las personas, para participar en aquellos tratamientos o intervenciones diseñadas con el objetivo de aumentar su nivel de autonomía y mejorar su calidad de vida. En este artículo, se recogen algunas consideraciones a tener en cuenta con este propósito.

PALABRAS CLAVE: terapia ocupacional, enfermedad mental, recuperación, motivación, implicación, salud mental

ABSTRACT

Professional practice, in this case as an occupational therapist working in mental health, requires a continuous evaluation of its effectiveness. Undoubtedly, most of the professionals working in this field dedicate their best efforts to develop strategies and tools to help increase or find the motivation and involvement of people to participate in those treatments or interventions designed with the aim of increasing their level of autonomy and improving their quality of life. This article includes some considerations to take into account for this purpose.

KEY WORDS: occupational therapy, mental disorder, recovery, motivation, involvement, mental health

RELACIÓN ENTRE IMPLICACIÓN Y MOTIVACIÓN

Es bien sabido que la clave para que una persona se implique en su proceso de cambio radica en su motivación para ello. Pero la motivación no es algo que venga dado o que la persona pueda controlar fácilmente. Existen múltiples factores que pueden incentivarla o limitarla, tanto a nivel personal como a nivel contextual.

El National Empowerment Center ha estado realizando investigaciones sobre los factores más importantes en el proceso de recobrar la vida definitivamente después de un proceso de enfermedad mental (Ahern, L y Fisher, D., 2006). Estos estudios han proporcionado informa-



ción que se puede clasificar en cinco categorías principales:

- 1.- Creencias en torno al proceso de recobrar la vida.
 - 2.- Relaciones interpersonales que nos ayudan a recobrar nuestras vidas definitivamente.
 - 3.- Destrezas para recobrar la vida.
 - 4.- Una identidad para recobrar la vida definitivamente.
 - 5.- Una comunidad que nos ayude a recobrar nuestras vidas.
- Ahern, L y Fisher, D., (2006)

Estas categorías ponen de manifiesto algunas de las variables internas y externas que pueden favorecer la motivación y, de esta manera, la implicación que una persona tendrá en su proceso de cambio. Tal y como plantean estos autores, creer que la situación puede cambiar y que la propia persona sea artífice y piedra angular de ese cambio es una de las más importantes. Ésta se refuerza si, además, la persona adquiere una perspectiva de presente a futuro, es decir, si en lugar de aferrarse a su pasado, intentando recuperar lo que haya podido perder, es capaz de mirar hacia el futuro y establecer nuevos proyectos. Otro autor, Ramos, A. (2010), plantea "pensé que de alguna manera había empezado a ver las cosas de otro modo" y que una de las claves que favoreció su proceso de recuperación fue tener una perspectiva futura.

Si nos paramos a analizar la práctica profesional en relación a estos aspectos, es frecuente que encontremos que nos dejamos arrastrar por las exigencias cotidianas de nuestro trabajo, centrándonos en las tareas urgentes del día a día, dando respuesta a las dificultades inmediatas, perdiendo la perspectiva de cambio, sintiéndonos responsables de que la persona "no se encuentre mal", "no corra riesgos", sin otorgarle el control y el poder que le corresponde para seguir creciendo y evolucionando.

ROL DE ENFERMO: INFLUENCIA EN LA IMPLICACIÓN EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Ya en 1951, Parsons, T. planteó el concepto de "rol", con el que hacía referencia a los comportamientos que son esperados de una persona en función de su estatus dentro de un grupo social. De forma más concreta hacía referencia al "rol de enfermo", aludiendo a una serie de derechos y deberes que la sociedad occidental otorga a los enfermos. Desde esta perspectiva, podemos concluir, por una parte, que estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. Y por otra parte, están obligados a considerar su estado como indeseable, lo que puede conllevar a un deseo de mejora y búsqueda de ayuda profesional.



Según Parsons, el fenómeno de desear disfrutar los primeros y evitar los segundos puede generar dinámicas de interacción complicadas. Lo más relevante de estas aportaciones en relación al tema que nos ocupa, tiene que ver con reflexionar sobre en qué medida la sociedad contribuye a que las personas con una determinada enfermedad, adopten una postura u otra en relación a su propia auto-determinación y por tanto implicación consigo misma.

Otra perspectiva relevante en cuanto al rol de enfermo es la que nos aporta Deegan, P. (1988) en su exposición: "Antes de iniciar el proceso de recuperación, muchos de nosotros nos encontramos en un estado de gran apatía e indiferencia: el corazón se ha endurecido y no nos cuidamos de nada. Es el periodo en el que nos sentimos "muertos-vivientes", solos, abandonados y a la deriva. Incluso si nos percatamos de la necesidad de hacer cualquier cosa, parece que nada tenga más importancia, más allá que dormir, sentarse y fumar cigarrillos, única prueba que el tiempo pasa y por tanto el único alivio". En este caso, queda de manifiesto el funcionamiento que puede tener en un momento dado, una persona que pasa por un proceso en el que su salud mental se ve afectada. Conocer el hecho de que personas que han pasado por esta situación, son capaces de experimentar un proceso de recuperación puede suponer un gran incentivo tanto a profesionales como a personas diagnosticadas. Esto puede facilitar un replanteamiento sobre el rol de enfermo hacia una perspectiva que reporte mayor satisfacción consigo mismo y la posibilidad de cambiar su vida.

Expresiones como ésta, que en determinados momentos escu-

chamos en nuestra práctica profesional, "... se me ha acabado el repertorio de la enfermedad, me siento angustiada porque no sé qué va a pasar ahora, yo ahora no sé qué hacer...", como voy a vivir...", pueden ser un claro indicador de que la persona está experimentando cambios propios de un proceso de recuperación. Aunque ésta parece ser una expresión negativa respecto al bienestar de la persona, realmente pone de manifiesto un cambio en el rol de enfermo hacia el reencuentro o el desarrollo de nuevos roles que configuren la nueva identidad de la persona. Estos momentos del proceso son clave para que el profesional ponga a su disposición todas las herramientas y estrategias necesarias para facilitar el camino hacia una identidad basada en las competencias y los valores. Y tan importante como eso, son las aptitudes y actitudes del profesional respecto a las posibilidades de que la persona reconstruya su identidad de una manera más funcional y autogestionada.

Ahern, L y Fisher, D., (2006) proponen algunos aspectos clave que ayudan a la persona a evolucionar hacia un proceso de recuperación e implicarse en él, como son, que se defina como persona, no como un "paciente mental", recordar los éxitos del pasado, superar los estigmas y sentirse completos.

En la misma línea, Ramos, A. (2010) identifica como un aspecto clave en su proceso de recuperación lo que expresa como "eliminar el rechazo hacia mí mismo", como persona inferior y como mala persona por tener una enfermedad mental, y destaca la importancia de que la persona que busca su recuperación se centre en sus habilidades y no en sus déficits.

El cambio del rol de enfermo pasa porque la persona adquiere determinadas competencias. Según plantean Ahern, L y Fisher, D., (2006), es necesario que la persona desarrolle determinadas "destrezas que le permitan recuperar la vida". De éstas, cabe destacar en lo que concierne al rol de enfermo, por una parte que la persona sea capaz de desarrollar "técnicas de cuidado autogestionado", que no se limitan al seguimiento del tratamiento, sino que se relacionan con que la persona alcance la capacidad de llevar a cabo determinadas acciones y actividades que le permitan dirigir su vida, sin verse totalmente condicionados por su enfermedad y "manejar su propia angustia emocional". Por otra parte, que sea capaz de reducir el "castigo autoinfligido" que desarrollan algunas personas con enfermedad mental, sintiéndose culpables por los problemas o la situación que puedan tener.

Chamberlin, J. (2009), plantea de una forma muy clara cuál puede ser la verdadera identidad de cualquier persona con un diagnóstico relacionado con una enfermedad mental: "...detrás de las etiquetas y los diagnósticos hay personas de carne y hueso que, independientemente de lo que piensen otros, tienen ideas, criterios, opiniones y ambiciones".

LA IMPLICACIÓN Y EL SENTIDO DE RESPONSABILIDAD

En el apartado anterior, en relación al "rol de enfermo" según Parsons, T., se hace referencia al derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. Muchas de las personas que han experimentado un proceso de recuperación plantean, como un elemento

clave, el hecho de tomar un papel activo en cuanto a la responsabilidad sobre su cuidado y la posibilidad de cambiar su situación.

Ramos, A. (2010), en su libro "El camino hacia la recuperación en la enfermedad mental", al describir los aspectos más relevantes en su proceso de recuperación, plantea "era yo el que tenía que hacerlo", aludiendo a la responsabilidad frente a la enfermedad, responsabilidad frente al tratamiento, no solo farmacológico, sino también el enfocado a la rehabilitación. Plantea que "una persona con enfermedad mental también debe ser médico de sí mismo".

Por otra parte, los datos de las investigaciones realizadas por National Empowerment Center (Ahern, L y Fisher, D., 2006), destacan la importancia de asumir la responsabilidad, por parte de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental, sobre sí mismas.

Estos y otros autores ponen de manifiesto que la implicación en el propio proceso de cambio, no acontece si la persona no asume la responsabilidad sobre su propia situación y sobre su vida. En relación a esto, es frecuente que en nuestra práctica profesional, nos encontremos con personas que delegan el control de sus responsabilidades y elecciones personales importantes en otros, generalmente familiares, profesionales,.... Esta dinámica de funcionamiento puede deberse a múltiples condicionantes, en muchos casos relacionados con que durante mucho tiempo, las personas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad mental, se han visto eximidas de tomar determinadas decisiones importantes.

En algunos casos por temor a "descompensaciones", en otros por evitar frustraciones, por prevenir riesgos,... En cualquier caso, con la mejor intención de ayudar a la persona, se acaba limitando que pueda vivir experiencias que la ayuden a aprender, a crecer y desarrollarse de la misma manera que lo hace cualquier persona que no está diagnosticada. Este hecho mantenido a lo largo del tiempo puede generar unos patrones de funcionamiento que la persona adopta e integra, utilizándolos como una forma natural de proceder en la que se ve exento de responsabilidades, riesgos, culpabilidades, pero en definitiva sin ser el capitán de su propio barco, sin ser el dueño de su propia vida. No se trata de buscar culpables a esta situación, simplemente se pretende favorecer la reflexión sobre la forma en que se favorecen estas dinámicas o se ponen en juego estrategias, actitudes,... que las modifican.



LA RED SOCIAL BASADA EN LOS AFECTOS E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LA IMPLICACIÓN DE LA PERSONA EN SU PROCESO DE RECUPERACIÓN

Si no en todas, en la mayoría de las ocasiones, establecer vínculos sociales basados en los afectos es el principal incentivo para muchas personas a la hora de plantearse un cambio en relación a su situación y, sobre todo, tener la fortaleza suficiente para implicarse de forma activa en ese cambio, a pesar de las dificultades, trabas y retrocesos que puedan ir aconteciendo en ese camino.

Las investigaciones de Ahern, L y Fisher, D., (2006) aportan evidencia científica al respecto y plantean la importancia de conectarse emocionalmente con otras personas para implicarse y experimentar un proceso de recuperación. Es muy frecuente que las personas que se sienten recuperadas, que consideran que han recuperado su vida, lo hagan cuando se sientan totalmente integradas en la comunidad, en la sociedad en la que viven.

En este sentido, mencionamos a Ahern, L y Fisher, D., (2006), que destacan como el trabajo es, frecuentemente, un buen medio para tener un rol social valorado. Por otra parte plantean, como otro de los elementos que favorece experimentar el proceso de recuperación, el poder ayudar a otras personas. En este sentido recogen, entre sus datos de investigación, como muchas personas en esta situación plantean que "ayudar a otros da sentido a nuestras vidas".

Chamberlin, J. (2009), refiere que "detrás de los diagnósticos, hay personas que no son distintas de los demás y quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados; una vivienda decente; oportunidades educativas; una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso; participación en la vida de la comunidad, amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto."



CRITERIOS DE RECUPERACIÓN

- ☒ *Vivienda independiente o con apoyos en su domicilio, en pisos supervisados o en residencias*
- ☒ *Trabajo en empleo ordinario, empleo con apoyo, empleo protegido o actividad compensatoria (formativa, voluntariado)*
- ☒ *Participación en la comunidad en recursos normalizados o específicos (de ocio, asociaciones,...)*

Hernández, M. (2008)

Es necesario que los profesionales que se plantean enfocar su práctica profesional desde la perspectiva de la recuperación, persigan la consecución de objetivos relacionados con los que querría conseguir cualquier persona dentro de la sociedad y la cultura en la que estamos inmersos, teniendo en cuenta el ciclo vital de la persona con la que trabajamos. En este sentido, cabe apostar porque la persona pueda tener un lugar donde vivir acorde a la máxima autonomía que pueda mantener. Igualmente es necesario plantear objetivos dirigidos a que la persona pueda participar en una ocupación de carácter productivo acorde a sus características y competencias. Esta puede ir desde el desempeño de un rol profesional en un empleo ordinario, hasta el trabajo en un centro especial de empleo o la participación en una actividad de voluntariado, que compense las necesidades productivas de la persona y favorezca que se sienta útil dentro de la sociedad en la que vive. En la medida en la que estas y otras opciones ocupacionales, como por ejemplo las relacionadas con el área de ocio, se lleven a cabo en recursos comunitarios, se favorecerá que la persona se sienta integrada y recuperada.



ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA QUE FAVOREZCA LA IMPLICACIÓN

Por otra parte, para iniciar y mantenerse implicado en el proceso de recuperación, sin soltar las riendas, los datos de las investigaciones de Ahern, L y Fisher, D. (2006), indican la importancia que tiene para las personas que lo experimentan, que otras personas crean en dicho proceso, consideren que la recuperación es posible y no se rindan, a pesar de los posibles retrocesos y recaídas. Se plantea que estas personas generan seguridad para enfrentarse al cambio. En este sentido también tiene un peso importante compartir estas experiencias con personas que han pasado por procesos similares, con profesionales que son capaces de manifestar su lado más humano en cuanto a la relación terapéutica establecida, y que permitan a la persona experimentar su proceso al ritmo que requiera.

En esta misma línea Perkins, R. (2005) plantea que la calidad de los apoyos y servicios para personas con enfermedad mental se juzgan en función del grado en que las personas controlan la ayuda y apoyo que reciben, y del grado en que esta ayuda y este apoyo les permite esforzarse por conseguir sus anhelos y acceder a las oportunidades que son importantes para ellas. Hace referencia a la importancia de pasar de poner el acento en la "asistencia" a ponerlo en la "oportunidad".

ACTITUDES PROFESIONALES QUE INTERFIEREN EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Actitudes basadas en el paternalismo

Actitudes basadas en la coerción

Actitudes de deshumanización

Actitudes desmoralizadoras hacia su recuperación y la enfermedad

González, M. (2008)

Es frecuente que en los esfuerzos por parte de los profesionales para "motivar" a la persona, se pongan en juego acciones tales como instigarla, convenirla de la conveniencia de..., utilizando tanto en el establecimiento de objetivos como de estrategias de intervención expresiones como: "concienciarla de", "hacerla ver",... Más allá de la correcta formulación de los mismos, es importante reflexionar sobre la disposición o actitud que adopta el profesional hacia la persona, y que se pone de manifiesto con este tipo de expresiones. El profesional se sitúa en posesión de la "verdad absoluta", posicionando a la persona con la que trabaja en un rol de "inferioridad", pasivo y en el que se destacan más las dificultades que las potencialidades. Esto hace que se diseñen intervenciones compensatorias para trabajar las dificultades, más que centrar el esfuerzo en establecer intervenciones que permitan a la persona modificarlas. Este tipo de intervenciones suelen restar responsabilidad a la persona sobre su situación y su proceso. En ocasiones la persona se sumerge en esta dinámica y toma esta posición respecto a sí misma, en lugar de tomar las riendas con todo el esfuerzo que eso supone, tanto en relación a la toma de decisiones, como en la asunción de las consecuencias, en ocasiones negativas, y

la frustración que estas pueden suponer.

Relacionado con esto, Carrasco, C. (2009) plantea que "...el modelo de recuperación de la esquizofrenia parte de la misma base de la que partimos todas las personas: todos podemos tratar de afrontar y mejorar la situación de partida para desarrollar nuestra vida dignamente. Nadie va a poder desarrollar todas sus capacidades si el ambiente en el que se encuentra le es adverso.(...) Si el entorno (sociedad, familia, especialistas, recursos...) no ofrece ninguna oportunidad de recuperación y no ve ninguna posibilidad de cambio, es imposible que nadie pueda mejorar".

CONCLUSIONES

Los programas que diseñamos, las herramientas y técnicas que utilizamos, pueden ser clave para favorecer que las personas con las que trabajamos experimenten

un proceso de recuperación. Pero lo realmente esencial serán las aptitudes y actitudes con las que establecemos la relación con esas personas.

La formación y los esfuerzos dirigidos a encontrar los mecanismos a emplear para colaborar con las personas con las que trabajamos a evolucionar en su vida son imprescindibles, pero esta formación y práctica es insuficiente si no se acompaña de un desarrollo y madurez profesional, dirigida hacia cómo nos relacionamos con las personas con las que trabajamos, cómo diseñamos, planteamos y utilizamos esas técnicas y herramientas para favorecer su proceso hacia la recuperación.

Aún queda mucho que reflexionar e investigar sobre las cuestiones planteadas, para aportar evidencias científicas que sirvan de guía en la práctica de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahern, L y Fisher, D. M.D., Ph.D.(2006). "Asistencia Personal para la Vida en Comunidad. Guía para recobrar la vida". Estados Unidos. National Empowerment Center, Inc.
- Colls, J. (2009). "Proyecto Chamberlín". Madrid. CRL Nueva Vida.
- Deegan PE. (1988) "Recovery: the lived experience of rehabilitation". Psychosoc Rehabil J. ;11:11-19.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M.A. (2000). "Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar". Anales de psicología. 16;2:157-166.
- González, M., Hernández, M. y Garrido, C., (2008). "Fundamentos y metodología de intervención en un proceso de reconstrucción personal, y su adaptación para la aplicación en recursos residenciales". (Revista de la AMRP), 14,22, 7-11.
- Perkins, R. (2005). "Más allá de la independencia de los Servicios Sociales y la Salud Mental: Apoyo, control y oportunidad". Colección Documentos. Serie encuentros. La salud mental es cosa de todos (pp. 108-113). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IM-SERVO.
- Ramos, A. (2010). "El camino hacia la recuperación en la enfermedad mental". Alicante. Editorial Club Universitario.
- Sánchez R., Ó; Polonio, B y Pelegrini, M. (2013). Terapia ocupacional en salud mental. Editorial Médica Panamericana.

Lo adaptativo, razonable y patológico como Terapeuta Ocupacional

Miguel Ángel Hernández Romero. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral Latina. Gestión Técnica: Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial.

Tutor del Máster en terapia ocupacional en salud mental. Universidad de Castilla La Mancha.

Artículo enmarcado dentro de las acciones para el desarrollo y gestión del conocimiento del Máster en terapia ocupacional en salud mental de la Universidad de Castilla La Mancha. www.tosm.posgrado.uclm.es

Momentos de reflexión...

dedicados a Ana Abad, Mónica Jiménez y, muy especialmente, a Gema Moreno

UN ARTÍCULO REFLEXIVO

Durante el ciclo vital de las personas suceden cambios a los que hay que hacer frente; estos cambios, sin duda, forman parte de la esencia de la vida. Hablamos de circunstancias tales como crecer, madurar, enamorarse, tomar responsabilidades personales y laborales, desarrollar proyectos con diferente coste económico y emocional, independizarse y sociabilizarse, capacitarse para ser o llegar a ser, asumir las pérdidas en su amplio sentido y muchos otros avatares cómplices de nuestra persona, sin orden taxativo e inciertamente predecible. Estos eventos, a su vez, definen la identidad que poseemos y, consecuentemente, la salud que de ello se deriva, como un motor en constante movimiento que insufla energía y recibe lo adaptativo, lo razonable y lo patológico de la vida.

En ese continuo apaciguado o frenético suceder aprendemos, aunque no siempre lo integramos en nuestros patrones. Cada etapa en la que nos encontramos y desencontramos nos hace avanzar. Nos nutrimos y

abrigamos de lo vivido para crecer o protegernos; pero en ese transcurso se dan circunstancias y actos ocupacionales, que nos inclinan a balancearnos entre la salud y la enfermedad, lo que supone un hecho razonable pero no siempre asumible.

Lo cotidiano se compone de ocupaciones que son decisivas para "contarnos" quiénes somos y a qué pertenecemos. "No molesten si estoy acostado, me cuesta dormir y necesito descansar", es lo que podrían decirnos. Es razonable descansar, buscando hipótesis que enlacen en lo adaptativo o lo patológico... "Uno se viene abajo cuando le despiden", argumentaba quien en su puerta intentaba predecir lo singular que era para esta persona no moverse de la cama, pues siempre se había caracterizado por ser una persona vital y absorbida por un cargo de dirección, que le impedía pasar más de 6 horas diarias durmiendo de Lunes a Domingo. El impacto de esos actos en el resto de ocupaciones, puede ser un indicador de lo que representa la pérdida; el dolor, el enfado, la rabia o la desazón que ha interrumpido un proyecto de gran relevancia en su vida. Esas emociones y cómo se manifiestan en los actos, están y forman parte de esa continua salud-enfermedad. Mantener un equilibrio ocupacional, diversificar en la realización de actividades y satisfacer distintos roles son fuente de bienestar. No dudéis, todo ello forma parte de la vida y de las ocupaciones (emprender, comenzar, interrumpir, desplazar, ralentizar, aprender, abandonar, evitar, someter, olvidar, retomar,



cesar, conseguir...).

Las personas que han sido diagnosticadas de un trastorno psiquiátrico, experimentan procesos patológicos que no deben anteponerse a la persona. Poner la mira en las capacidades y competencias, nos recuerda que la dificultad no está reñida con procesos adaptativos y sucesos razonables que dan coherencia a su ser y sentir. "Estoy de acuerdo contigo en que una entrevista de trabajo te hace poner nervioso" o "una ruptura de pareja es dolorosa".



Precisamente nuestra disciplina se caracteriza por concebir a la persona de forma holística y a veces en la validación, el acompañamiento o la no palabra, está el cómo intervenir... busquemos escenarios y ofrezcamos oportunidades para ello, confiamos.

Situaciones novedosas pueden crear alerta y más aún a su grupo primario, por lo que explorar puede vivirse como una amenaza y no una oportunidad. Esto es razonable, pero ¿qué roles podría satisfacer socialmente?, ¿qué riesgo supone identificarse con un rol de enfermo/a?

Por ello, el terapeuta ocupacional diseñará esos contextos en base al razonamiento clínico-ocupacional; dichos contextos posibilitarán graduar la exposición y ofrecer los apoyos ajustados o ajustes razonables (entendidos así en la bibliografía). Si ponemos en primer lugar la vulnerabilidad de la persona como escudo, apartando sus intereses, motivaciones, significados, deseos, gustos, preferencias o miedos adaptativos, quizá no permitamos salir de una zona de confort en la que como comentaba alguna persona atendida "se había parado el tiempo".

Lo deseable es poder evaluar a la persona en distintas esferas y llegar a un diagnóstico ocupacional, para plantear objetivos, acciones y un procedimiento metodológico basado en la individualidad. Diferentes instrumentos que nos aproximan a lo académico, a lo conceptual y personas genuinas que nos distancian de lo generalizable, cuantificable y armónico.

En esa intersección estamos los profesionales del ámbito socio-sanitario que trabajamos en una labor indisoluble a nuestro propio ser y sentir. En nuestro desempeño ponemos el foco en la persona susceptible de tratamiento; en nuestra vivencia volcamos el razonamiento clínico, la materia y, por lo tanto, parte de nosotros en la relación con la persona que atendemos.

Comprobamos cómo la palabra se queda muda si no la acompaña el gesto. El sonido se hace eco habiendo límite que lo devuelva, la voluntad se hace añicos si no se ordena, se rehúye o no existe quien lo atestigüe y la ilusión se desvanece cuando percibimos la realidad si no vemos un después.

¿Quién habla sin pronunciar, sin nadie que le escuche, sin alguien que le valide y sin sentir que toma forma?

Creemos haciéndonos escuchar, nos hacemos conscientes de nuestra pertenencia. Caminamos cuando hemos comprobado que hay un trayecto recorrido y nos disipamos si vemos lo que no podemos palpar.



Así somos, así vivimos y así nos desarrollamos con la posibilidad de enfermar. El síntoma enferma sin necesidad del signo y los indicios nos advierten de algo, haciendo significativo lo que hasta el momento no era mensurable. Hasta aquí podemos preguntarnos ¿quién enferma o cómo se enferma? ¿Los profesionales pueden enfermar o están exentos pues conocen los vericuetos de los dominios de la salud?

Hablamos de dos personas confrontadas en una mesa, por la propia situación de careo. Afirmaciones que en ese plural puede representar múltiples aspectos. Difícil saber con qué nos enfrentamos, sin duda requiere de conocimiento, habilidad y destreza... ¿O salud? Así nos sentimos a un lado de esa mesa y más aún, si esta mesa la divisamos en confusos escenarios difíciles de interpretar.

¿Os suena? Entre mis manos tuve la pluma para escribir mi historia, pero al descubrir que narraba lo más profundo de mi ser, preferí esconderla y hacer trazos en base a mi sentir. ¿Cómo estás? ¿Qué tal te encuentras? Y en el fondo... ¿Nos conocemos?

Si quiero pintar montañas seré capaz de asomarme a ellas, si en cambio dibujo un lugar seguro que tenga rincones podré confiar y asumir el riesgo. ¿Dibujamos juntos?

El movimiento me hace vivir, mis órganos, mi cuerpo, mi mente... me hace viajar y construir mi presente y contribuir al efecto.

Me permite expresarme y traducir mi sentir, posicionándome en aquello que me da lugar en el espacio y tiempo.

Por eso, mi identidad la construyo en base a eso y me hace distinto, me caracteriza, me hace consciente de cómo soy. Me gustaría pintar esa mesa en lo alto de mi montaña, podría hacerla con trazos y sacarla de ese rincón que ocupa mi espacio.

Así somos y así nos sentimos. Cada lado de la mesa juega un papel y más allá de un pasatiempo busca cumplir con las expectativas de quien está allí, que seremos tú, yo o alguien y algo más alrededor.

El singular (tú) a veces coge menos fuerza cuando tengo esperanza de realizar o conseguir algo, en ocasiones necesitaré comprobar que es razonable que algo suceda (vosotros/nosotros).

Probemos a quitar la mesa, cambiar el escenario, modificar los actores, contemplar la cultura. Por qué no alteramos la edad (¿Qué ocurrió en esa etapa?), perturbemos la historia (¿Qué habría pasado?) y hagamos invariable la esencia. Busquemos lo importante y característico, su naturaleza. Identifiquemos lo común, su pertenencia, lo que nos habla de género y sus creencias.

Esperemos lo que ha de suceder y pongamos adjetivos a la historia, escribamos referencias... cuando esperamos también confiamos, pero evaluamos y permanecemos, no actuamos; o intervenimos y debemos señalar el valor de algo, pero nos detenemos y cesamos, interrumpimos... cuando la acción ya había comenzado.

Y ahí nos encontramos profesional y profesionalizado ("que convierte a un aficionado en profesional") o sufriente, término contundente. Ahí nos encontramos, en lo adaptativo y patológico de la razón.





Participación y autonomía desde el Centro de Día de Chamberí

Juan Sebastián Di Pierro Sanfilippo*, María Sol Medina García-Cuenca **

* Psicólogo, ** Educadora. Centro de Día Chamberí.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Día Chamberí gestionado por Intress forma parte de la Red de recursos del plan de atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, que incluyó este tipo de recurso en el año 2003. Se crearon con el objetivo de ofrecer soporte social a las personas con enfermedad mental que presentan mayores dificultades de funcionamiento e integración y, como recurso complementario de los Centros de Rehabilitación Psicossocial (CRPS). Desde los centros de día ofrecemos una intervención destinada a que los usuarios/as puedan llevar una vida lo más normalizada posible en su comunidad y, de esta forma evitar un mayor deterioro, aislamiento y marginación.

El prototipo de usuario atendido en el Centro de Día Chamberí, un distrito céntrico de la ciudad, es varón de 53 años de edad diagnosticado de esquizofrenia, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 23 años y medio. El nivel de formación corresponde al Bachillerato, vive con la familia de origen y no tiene hijos.

FUNDAMENTACIÓN

La perspectiva de la rehabilitación y recuperación en la atención a personas con EMG, dada la heterogeneidad en su evolución, hace hincapié en conocer los niveles previos de funcionamiento y en desarrollar nuevas habilidades, con el propósito de llegar a tener una vida lo más normalizada, satisfactoria y plena posible (3,4). Nuestro tra-

bajo pretende ser respetuoso con la libertad y valía personal de nuestros usuarios.

Este enfoque defiende el protagonismo del usuario en aquellas decisiones que orienten los procesos de rehabilitación, con el objeto de que pueda alcanzar una mayor autonomía e independencia a la hora de decidir hacia donde avanzar en su desarrollo personal. Esto concuerda con la idea de M. Farkas de que existen al menos cuatro valores clave que sostienen el proceso de recuperación: orientación hacia la persona, implicación de la persona, autodeterminación/autoselección y potencial de crecimiento.

En numerosas ocasiones observamos que tras un largo periodo de evolución de la enfermedad, los usuarios más que "recuperarse" en muchos casos se han adaptado a ésta, asumiendo una actitud de aceptación pasiva más que de afrontamiento activo. Para facilitar el paso de la resignación, al afrontamiento y superación de las dificultades nos planteamos una serie de acciones que potencien, como ya hemos mencionado, la autonomía y participación del usuario en su recuperación. Todo ello dentro del marco de la rehabilitación, ya que ésta ha sido identificada como un elemento eficaz, que ayuda a que los individuos adquieran o recuperen funciones valoradas en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y educativo. Ámbitos fundamentales a la hora de hacer una valoración de la recuperación basada en la definición operativa

aportada por Liberman en 2004. Sin embargo, antes de hablar de las acciones que se están realizando en el centro con este fin, debemos resaltar la importancia que tiene en todo proceso terapéutico la integración entre las intervenciones grupales e individuales, puesto que la intervención individual se refuerza con la inclusión del individuo en grupos de trabajo (socialización) y el trabajo grupal necesita apoyarse en la intervención individual para no obviar las peculiaridades que resultan determinantes en el avance terapéutico (5).

PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN

Como en toda intervención psicossocial, el proceso de evaluación es el primer paso, y debe incluir como parte fundamental la recogida de expectativas de la persona, sobre sí misma y sobre el recurso en el que inicia su tratamiento. Además es fundamental consensuar y pactar los objetivos de intervención, porque gran parte de su motivación surgirá de forma intrínseca, es decir, de sus propios deseos y no de imposiciones externas. Hemos observado cómo algunas personas derivadas al centro de día comunican deseos relacionados con la posibilidad de trabajar o tener pareja y cuando les preguntamos que posibilidades creen que tienen de conseguirlo observamos una baja confianza en sí mismos y sus posibilidades. También en ocasiones los mismos profesionales podemos tender a minar sus esperanzas, señalando lo

poco "realistas" que pueden ser esos deseos. Si nosotros, los profesionales, no tenemos esperanzas con respecto a los usuarios, poco podremos transmitir para que los usuarios recuperen esa energía y vitalidad necesarias para inducir un proceso de cambio y autosuperación. Hay que pautar la consecución de los objetivos de manera gradual y hablar de objetivos a corto y largo plazo, pero sin descartar las metas de las personas. Cada persona tiene derecho a ser autónomo a la hora de elegir sus objetivos y hay tantas formas de recuperación como personas.

Tras realizar la primera evaluación y negociar una intervención dirigida a la consecución de los objetivos consensuados, hay que profundizar en el enganche, es decir en establecer una adecuada vinculación con el recurso. Hay que tratar de llegar a la persona, ir a su mundo, entenderlo y ofrecerle posibilidades de expresarlo y materializarlo. Esto sólo se consigue mostrando una actitud de profundo respeto y transfiriendo a la persona el papel de experto en sus necesidades y procesos. Es decir, adaptándonos a los ritmos y tiempos de cada individuo e intentando que sean ellos como individuos únicos quienes nos de las claves de cómo podemos ayudarles y que puede facilitarles su adaptación. Cuando nos encontremos con la dificultad de que la persona no exterioriza sus deseos, hay que iniciar un proceso de desarrollo de confianza mutua. El hecho de mostrar un interés real por la persona facilita el acercamiento y el establecimiento de una confianza básica, que será la base para que adquiera autonomía y participe en los procesos que le ayudarán a salir adelante.

Una vez que la persona se ha adaptado al centro de día se le proponen actividades, teniendo en cuenta que la actividad es un medio para potenciar la recuperación de la persona. El fin último será la promoción de la autonomía, de manera que la persona sea capaz de vivir en el entorno social de la manera más normalizada y óptima posible disminuyendo la necesidad de ayuda para lograrlo.

ACTIVIDADES EN GRUPO DIRIGIDAS A FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN Y AUTONOMÍA.

En este apartado expondremos algunas de las actividades que realizamos en el centro de día Chamberí que fomentan la participación e implicación de los usuarios.

1. EL DÍA D

"El Día de..." es un espacio reservado para que los usuario/as del centro de día puedan ofrecer a sus compañeros un taller propio, vinculado a alguna afición, hobby, habilidad, interés o especialidad de la persona encargada para la ocasión. Una vez al mes un usuario/a escoge libremente un tema y se encarga de buscar información, organizar la sesión y ofrecérsela a los demás usuarios y profesionales. Para ello cuenta con los medios técnicos y el apoyo de los profesionales del centro de Día. La actividad se planteó, en sus orígenes hace un año y medio, para lograr, entre otros objetivos, un mayor compromiso personal, dotar de mayor protagonismo a los usuarios, y mejorar su capacidad de planificación y gestión.

Así, hasta la fecha, hemos podido compartir con ellos/as su afición por la pintura, su formación en peluquería, su interés

por el yoga, sus conocimientos sobre la NBA o sobre la historia de los Reyes Católicos, sus recuerdos de infancia en su localidad de origen o nos han emocionado presentándonos a sus mascotas. También hemos podido comprobar como según se han ido desarrollando los "Días de", los participantes han ido progresivamente evolucionando hacia una mayor autonomía a la hora de exponer ante el público asistente, resaltando que aunque el apoyo del profesional sigue teniendo un papel importante en la búsqueda de información y estructuración de la sesión, observamos que hay un aumento de la seguridad y confianza, que se manifiesta en que tímidamente se animan a improvisar y disfrutan con lo que están contando, implicando a los espectadores y motivándoles para el debate.



Actualmente esta iniciativa está teniendo un gran éxito, en ella observamos el despliegue de las potencialidades de la persona. El funcionamiento de la persona que realiza esta actividad es muy superior al que observamos en el día a día. Usuarios que muestran dificultades del habla o que están muy enlentecidos sorprenden superando sus dificultades. Además, ellos evalúan la actividad como muy gratificante y valoran que se les de la oportunidad de poder contar algo y sobre todo de que puedan hablar de lo que les guste. En el proceso de ser los protagonistas se descubren como capaces, interesantes, respetados, expertos y demás, y ello tiene un efecto muy positivo en todos los niveles (aumento de la autoestima, la seguridad, el autoconcepto, autonomía y en definitiva de todas las capacidades necesarias para ser una persona completa).

2. GRUPO DE OCIO

El Grupo de Ocio se realiza un día a la semana durante una hora y la asistencia por parte de los usuarios es voluntaria en aquellos casos en los que la persona ya cuenta con un ocio autónomo de calidad y en otros casos está propiciada por los objetivos de intervención pautados en el P.I.R. Este taller se rige por una metodología lúdica que resalta la importancia de aprender, desarrollamos y adquirimos habilidades de una manera distendida y relajada, donde el ambiente de confianza permite expresar opiniones y divertirse. Se ha conseguido crear el hábito de salir en grupo durante los fines de semana sin acompañamiento de profesionales, encargándose ellos de la planificación de la salida, de elegir donde quieren



ir, cómo llegar hasta allí y del desarrollo de la misma. Factores que influyen directamente en la promoción de su autonomía para desenvolverse en el entorno comunitario.

En la evolución del taller se ha pasado por varias fases. Inicialmente a la hora de crear un grupo de este tipo tuvimos que enfrentarnos no sólo a las diferencias en habilidades y capacidades relacionadas con las diferentes expresiones de la psicopatología, sino también a diferencias de edad, sexo, nivel económico, etc. de los/as participantes que dan lugar a que existan tantos intereses como número de personas participan. Todas estas variables a las que hacemos mención confluyeron en un grupo que pretende ante todo, no ser excluyente pese a la dificultad que supone tanta diferencia.

Actualmente podemos decir que el grupo en cierta manera es capaz de darse apoyo instrumental, afectivo o material, para que un obstáculo o una situación incómoda puedan ser solventadas de la mejor manera posible. Para conseguir unirlos, vimos necesario que las personas del grupo se "identificaran" entre sí, que el grupo empezará a conocerse, a saber cuales son los intereses de los demás, sus preferencias, sus hobbies, que cosas les gustaría hacer, cuales no, en que han trabajado, que deporte practicaron, un viaje que hicieron, a que centro fueron, etc. Es decir, ir poco a poco creando lazos entre sí que permitan que se vaya formando un grupo de iguales, de conocidos, de personas en las que confiar.

3. ESPACIOS DE TERTULIA LITERARIA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS CON VOLUNTARIOS DE OBRA SOCIAL LA CAIXA

Estas son unas de las actividades que mejor reflejan el trabajo dirigido al desarrollo de una participación autónoma en el medio comunitario. Están para realizar un trabajo de voluntariado junto con el apoyo de los educadores del centro de día.

Concretamente desde el espacio de Lectura que anteriormente habíamos puesto en marcha como un taller más del Centro de Día, los objetivos han ido evolucionando a la vez que las necesidades de sus participantes. Potenciar y mejorar capacidades cognitivas, fomentar o restituir el hábito de la lectura e incluso mejorar las relaciones personales, han dado paso a unos objetivos relacionados en mayor grado con participar en actividades fuera del Centro, integrar a los participantes en recursos nor-

malizados del distrito y, sobre todo normalizar la visión que la sociedad tiene sobre la Enfermedad Mental.

Resaltamos que en estos espacios los usuarios participan al mismo nivel que los voluntarios, lo que facilita la integración de los participantes y les ofrece la oportunidad de ser miembros activos en la sociedad al poder participar en las actividades como cualquier otra persona independientemente de la enfermedad. En estos talleres observamos que el nivel de funcionamiento de los participantes es diferente al que nos encontramos en el Centro cuando se realizaba la misma actividad. Hay una mayor implicación, una participación mucho más activa en la cual surgen de manera más fluida opiniones, reflexiones o sugerencias y, sobre todo motivación por asistir de manera autónoma.

Algunas de las dificultades que han surgido a la hora de promover la participación de los usuarios empleando los recursos comunitarios se relacionaban con el hecho de tener que ir a un nuevo recurso y con el hecho de que este no fuera exclusivo para personas con enfermedad mental. En el proceso de superar estas dificultades fue determinante que se dieran cuenta de que eran personas con los mismos derechos que cualquier otra y cuya opinión podía ser tan válida como la de cualquier otro. Poco a poco han ido superando el concepto que tenían de ser personas con menos capacidades que el resto y su propia autocrítica a la hora de expresar sus opiniones.

4. DERECHOS HUMANOS Y CIUDADANÍA

En el taller de Derechos huma-

nos y Ciudadanía, se realiza un trabajo enfocado en movilizar a los/as usuarios/as para participar en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho mediante el conocimiento de otras realidades diferentes a las suyas, facilitando el intercambio de ideas, motivando para que surja el planteamiento de interrogantes, o compartiendo vivencias e inquietudes. Desde este espacio de reflexión se pretende propiciar el respeto hacia uno mismo como camino para llegar a demostrar respeto hacia los demás y, que tras el rol de "enfermo" en el que se escudan algunas de las personas que acuden al Centro, se generen sentimientos de empatía que les permitan situarse, entender las dificultades de otras personas y les alejen de la idea de ser protagonistas únicos del mundo que los rodea, entendiendo de manera más clara que forman parte de una comunidad y, que es necesario participar en ella de manera activa. El apoyo de los profesionales en este caso se centra en permitir y facilitar la libre expresión de ideas, deseos, inquietudes, dudas, etc., propiciando y potenciando el respeto a la diferencia individual como elemento enriquecedor, motivando en la colaboración y participación, facilitando que el grupo aprenda de su propia experiencia y, acompañando y apoyando en la protección y defensa de sus derechos fundamentales.

5. PARTICIPACIÓN EN LA LIGA DE FÚTBOL SALA PRO SALUD MENTAL (LIGASAME)

Uno de los objetivos principales de esta actividad consiste en transmitir algunos de los valores fundamentales del deporte a los participantes. A través del deporte trabajamos la integración de

las personas en equipos, donde todos como individuos únicos tienen un papel importante. Simultáneamente también trabajamos la responsabilidad, un aspecto fundamental, sobre todo cuando hablamos de personas que por lo general dependen de otros y no están acostumbradas a tener una función de la cual depende el equipo. Además, el entorno deportivo favorece el compartir experiencias intensas que bien manejadas pueden llevar a que los jugadores aumenten sus vínculos interpersonales.

Muchas veces en el equipo se potencia la participación puesto que es en él dónde se puede constituir un espacio seguro donde la persona puede empezar a expresarse de forma autónoma y también a participar como miembro de un grupo.

6. REUNIONES INFORMATIVAS

Otra de las acciones que llevamos a cabo son las reuniones informativas que se celebran mensualmente. En ellas se proponen las actividades previstas para el mes y se abre un turno para las reflexiones y propuestas. A medida que los participantes ven que sus propuestas tienen un impacto positivo tienden a aumentar su seguridad dentro del grupo y las aportaciones se incrementan. Esto tiene como consecuencia un aumento de la participación en los procesos de mejora de las actividades y permite que no sólo sean ellos los que se adaptan al centro, si no que el centro se adapte para dar respuesta a sus expectativas.

Buscaremos siempre que aporten sugerencias para todo tipo de acciones que se lleven en el

centro. Estas sugerencias siempre deben recibir respuesta ya que son fundamentales en el desarrollo de la autonomía y participación. De hecho gracias a las valoraciones y sugerencias que nos aportan en el centro, revisamos los contenidos de los talleres y cuando ellos observan que sus aportaciones tienen un efecto de mejora del funcionamiento se motivan para continuar en esta línea.

APOYO INDIVIDUALIZADO

Los espacios de seguimiento y apoyo que los usuarios/as reciben individualmente, son fundamentales para proporcionar la base desde la que puedan desarrollar las habilidades y capacidades necesarias para superar los obstáculos en los procesos de autonomía y participación. Trabajar el apoyo instrumental es esencial para asegurarnos el éxito en objetivos más complejos que repercutan en la autoestima y autoconfianza, aspectos necesarios a la hora de avanzar en la autonomía y participación. En este sentido es importante que la persona desarrolle roles que considere significativos en la vida para fortalecer su idea de que es productivo y su vida tiene una finalidad.

RESULTADOS

1. DÍA D

Desde que se inició este taller en Junio de 2011 ya han participado nueve usuarios y la media de compañeros que asisten a las charlas fue de 16,2 en 2011 y de 17 en 2012.

Los comentarios que hacen en la valoración final de sus exposiciones incluyen frases como las siguientes: "He podido hablar en público", "He subido mi autoesti-

ma", "He sido capaz de superarme", "He tenido nuevas experiencias", "Noté el apoyo de los compañeros y profesionales", o "Hoy ha sido el día más feliz de mi vida".

Además los datos recogidos mediante un cuestionario de valoración de la actividad (0 a 5) muestran que ésta ha sido valorada como muy interesante (4,63) y útil (4,5) por los participantes, y según su percepción se sienten valorados (4,37), apoyados (4,75), cómodos en el grupo (4,25) y con ganas de que la actividad continúe (4,63).

2. OCIO.

En este grupo también observamos que hay un aumento progresivo de los índices de participación medidos por la asistencia y el número de propuestas de salidas. Esto da lugar a que en ocasiones se organicen varias salidas simultáneas en el fin de semana, lo que se deriva en que se creen subgrupos en función de los intereses de cada uno.

A día de hoy, hemos conseguido que aquellas personas que acuden a dicho programa, consigan una "rutina" de disfrute y aprovechamiento de su tiempo de ocio, valiéndose y haciendo uso de muchos de los recursos con los que cuenta su barrio. Además, se ha creado un grupo amplio que queda todos los fines de semana para disfrutar en común de su tiempo libre y de ocio. En la actualidad estas son algunas de las actividades que han realizado:

- Salidas a cafeterías.
- Encuentros en el domicilio de una de las usuarias.
- Asistencia a exposiciones.
- Paseos por parques y sitios de interés de Madrid (Plaza Mayor, Callao, Retiro, etc.)
- Visitas a centros culturales.

- Salidas a espectáculos (cine, conciertos y teatro).
- Asistencia a eventos de interés (Feria gastronómica, Cine forum, Carnaval, etc.).

3. TALLERES EN ESPACIO-CAIXA

El éxito se observa concretamente en el espacio de lectura donde la asistencia pasó de dos o tres participantes, a un grupo de nueve participantes en una Tertulia de un total de 15 personas. Desde el equipo valoramos el alto grado de participación durante las tertulias que se manifiesta en los elevados índices de asistencia un 70,8% si no contamos las faltas de asistencia justificadas como asistencia y un 91,4% si las contamos, y también valoramos el hecho de que mediante un hilo conductor como era el argumento del libro, surjan temas de reflexión, recuerdos y opiniones diferentes. Además comprobamos un alto grado de motivación relacionado con el hecho de que la duración de las sesiones, ha pasado de una hora limitada por la actitud pasiva o por la necesidad de realizar trámites en algunas personas, a una hora que siempre se alarga sin observar intranquilidad o prisa por parte del grupo.

Por último, decir que los resultados de la evaluación de la actividad (del 0 al 5) por parte de los usuarios muestran que les ha resultado muy interesante (4,77), que se han sentido muy valorados (4,44), les ha resultado útil (4,33), se han sentido apoyados por los profesionales del centro (4,77), se han sentido cómodos en el grupo (4,44), tienen ganas de continuar (4,33) y valoran de forma muy positiva esta actividad (4,66).

4. DERECHOS HUMANOS Y CIUDADANÍA

El resultado de la participación de los usuarios del Centro de Día en los talleres de Ciudadanía que se ponen en marcha en los Centros de Interss Zona Madrid- Centro, ha supuesto un importante avance, no solo porque se realizan en un espacio diferente al Centro de Día y al que acuden de manera autónoma sin el apoyo de profesionales, o por la interrelación con usuarios y profesionales de otros cinco recursos, si no por el nivel de compromiso y participación autónoma alcanzado, destacando además las habilidades de comunicación que pusieron en práctica para difundir y compartir con el resto de usuarios en una sesión preparada por ellos mismos cómo se habían desarrollado los talleres y cuál había sido su experiencia como participantes. Podemos destacar reflexiones como: "Estos talleres son un vehículo para la expresión de nuestros problemas y, son muy importantes" o, "Vivimos en una sociedad", que reflejan los pequeños avances de personas que acuden al Centro de Día en su camino hacia una ciudadanía completa.

En este taller los usuarios han valorado de 0 a 5 la importancia de los contenidos (4,45), la organización (4,55), las ganas de continuar (4,40) y por último su apreciación general (4,65).

1.1. LIGASAME

En este taller podemos observar mejor la evolución de los índices de participación y autonomía del centro, pues ya funcionaba en el 2011. Actualmente son siete los usuarios del Centro de Día que participan en el equipo de fútbol, cuatro más que el año pasado. Los entrenamientos y partidos son unas de las actividades del centro que mayores porcentajes de asistencia muestran. En este año 2012 el porcentaje de asistencias es del 86,9%, si comparamos este dato con el del año 2011 el porcentaje se ha incrementado en 7 puntos.

5. REUNIONES INFORMATIVAS

Como ya hemos mencionado anteriormente al final de estas reuniones aprovechamos para recoger las sugerencias de los usuarios que puedan ayudar a mejorar el funcionamiento del centro. Como dato importante observamos que el número de sugerencias se ha incrementado de 6 que hicieron en 2011 a 17 que llevan hasta Mayo de este año. Por último, señalar que este es uno de los talleres con mayor asistencia de los que se celebran en el centro, con una media de asistencia en torno a 19 usuarios.

CONCLUSIONES

En el presente y como evolución natural del proceso de fomento de la autonomía y participación en el centro, enfocamos nuestros talleres consensuando los

contenidos con los participantes y actualizándolos en función de los resultados de sus valoraciones. Poco a poco los usuarios asumen el papel de expertos en sus necesidades y nos orientan para que les brindemos las intervenciones que mejor pueden responder a sus demandas.

Los efectos de esta forma de encarar el trabajo rehabilitador son evidentes, y se observan claramente. Los niveles de asistencia a los talleres se disparan, la implicación en el desarrollo de las sesiones también aumenta, las interacciones en los grupos de trabajo aumentan en frecuencia y duración, la cooperación entre usuarios se hace evidente, los objetivos se cumplen en mayor medida y en menor tiempo, y en muchos de los talleres el profesional pasa del papel de experto y solucionador de problemas a un papel más enfocado en la facilitación de la comunicación entre los usuarios. Todo esto lleva a que se convierten en personas capaces de afrontar sus dificultades, aportar soluciones los unos a los otros, y también pasan de estar centrados en los síntomas psicopatológicos a centrarse en dificultades interpersonales y de la vida diaria. Es decir, que pasan de verse como "enfermos y raros" a verse como "personas normales con dificultades" como las que puede tener cualquier otro.



Otro punto a tener en cuenta es la actitud que debemos asumir como profesionales de la rehabilitación. Los profesionales tenemos el deber de mantener una actitud de esperanza y plantearnos expectativas positivas. Hemos de reconocer las potencialidades de nuestros usuarios y su capacidad para tomar decisiones, sin presuponer que debido a sus dificultades dicha capacidad para opinar o para decidir es escasa o nula y, sobre todo no debemos caer en la falsa creencia de que con el perfil de estas personas poco o nada podemos hacer.

En ocasiones los profesionales tendemos a creer que existen conductas, habilidades o deterioros que no se pueden modificar, por lo que nuestro trabajo se instala en el conformismo o en una actitud sobreprotectora que limita a los usuarios para que desempeñen su función de ciudadanos de manera autónoma y participativa y, en cierta forma refuerzan la dependencia hacia el recurso y hacia nosotros.

Nuestra labor debe ir enfocada a favorecer y apoyar una mayor integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida de las personas que atendemos; Y cuando hablamos de integración, nos referimos a proporcionarles las oportunidades y facilidades que necesiten para participar en la comunidad como personas y ciudadanos de pleno derecho. Para ello, valoramos la importancia de que las actividades no se realicen solo en el propio centro, sino también fuera del mismo para conseguir una mayor normalización y, propiciar el uso de recursos socio-comunitarios.

Finalmente, según la visión de

numerosos usuarios debemos tener en cuenta que un factor fundamental en la recuperación y el desarrollo de la participación y autonomía, es el demostrarle a la persona que creemos en ella, incluso en las situaciones en las que ni siquiera ella cree en sí misma.

2. BIBLIOGRAFÍA.

1. Fernández J., Gómez R., Jiménez J.L. y Rodríguez A. *Centros de día de soporte social para personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la comunidad de Madrid.* 2009.
2. Rogers C. *El proceso de convertirse en persona.* Ed. Paidós Ibérica. Barcelona 2000.
3. Farkas M. *La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención.* *World Psychiatry (Ed. Esp.)* 2007; Vol. 5, Núm. 2. 68-74.
4. Liberman R. P. y Kopelwicz A. *Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla.* *Rehabilitación psicosocial* 2004; 1(1):12-29.
5. Vinogradov S. y Yalom I. *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Ed. Paidós Ibérica. Barcelona 1996.



Recuperando roles significativos: Programa de Voluntariado de Ocio y Tiempo Libre en la Residencia Asistida de Ancianos de la Fundación Instituto San José

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el paradigma de la recuperación ("recovery") ha ido adquiriendo cada vez más relevancia en el contexto de la rehabilitación psicosocial. Introducido a principios de los años 80, sin duda, ha supuesto un cambio en el estilo de atención de las personas con enfermedad mental y constituye una nueva perspectiva o marco conceptual que ha venido a enriquecer el modelo comunitario. El concepto de recuperación hace referencia al proceso que las personas con enfermedad mental realizan para integrar la experiencia de la enfermedad en su identidad personal y recuperar el control y el sentido de sus vidas. Por consiguiente, la recuperación adquiere un significado distinto para cada persona. En ocasiones, puede estar ligado con el alivio de los síntomas y la vuelta al estado premórbido (Young, S.L., Ensing, D.S., 1999). En otras ocasiones, la recuperación tiene que ver con la capacidad de vivir una vida satisfactoria, formando parte activa de la sociedad, incluso si los síntomas de la enfermedad persisten. En la base de la recuperación "...reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de los síntomas de una enfermedad mental. La recu-

peración se basa en los conceptos de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la "esperanza" para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena" (Shepperd, G., 2008).

En este sentido, el paradigma de la recuperación trata de desvincularse del modelo médico tradicional. En lugar de centrarse principalmente en la remisión de los síntomas, la recuperación destaca la importancia de la restauración de la autoestima y la identidad, así como en el desempeño de roles significativos en la sociedad (Anthony, W.A., 1993). Entre las definiciones que se han propuesto, hemos rescatado la siguiente: "La recuperación es un proceso, una forma de vida, una actitud y una manera de abordar los retos del día. No es un proceso lineal. A veces, nuestro curso es errático y fallamos, por lo que hay que reagruparse y empezar de nuevo... La necesidad de hacer frente al reto de la discapacidad, para volver a establecer un nuevo sentido y la revaloración de integridad y propósito dentro y fuera de los límites de la discapacidad, la aspiración para vivir, trabajar, y el amor, en una comunidad para lograr una contribución significativa." (Deegan, P., 1988).

El concepto de recuperación está fuertemente ligado al concepto de empoderamiento ("empowerment"), que hace re-

ferencia al papel activo y protagonista de la persona en su proceso de recuperación. Tiene que ver con dar voz a las personas con problemas de salud mental en la elección de sus tratamientos. Diversos estudios ponen de manifiesto que las intervenciones terapéuticas resultan mucho más eficaces en la medida en que aumenta la implicación de la persona en la planificación y la aplicación de las mismas (Majumder, R. K., 1998).

Conscientes de todo lo anterior, desde octubre de 2012, el Centro de Rehabilitación Psicosocial "Ntra. Sra. del Sagrario-Carabanchel" (C.R.P.S. Carabanchel) viene desarrollando un Programa de "Voluntariado de Ocio y Tiempo Libre", en colaboración con la Fundación Instituto San José. Dicho programa se pone en marcha al detectarse en los usuarios una importante necesidad de reconocimiento y de consideración hacia su valía personal, así como de ampliar su mirada a otras personas que sufren y contribuir de forma productiva a la sociedad.

El C.R.P.S. Carabanchel, es un dispositivo de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, gestionado por la Fundación "El Buen Samaritano". Tiene como objetivo el posibilitar que las personas con enfermedad mental grave y duradera puedan alcanzar el máximo desarrollo de su autonomía perso-

Begoña Gamero Barbeira*, Patricia Díaz Arroyo**, Rubén López Garrido***
*Psicóloga del Centro de Rehabilitación Psicosocial " Ntra. Sra. del Sagrario- Carabanchel" Gestión Técnica Fundación El Buen Samaritano ***Psicóloga del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Ntra. Sra. del Sagrario-Carabanchel" Gestión Técnica Fundación El Buen Samaritano*** Responsable de Voluntariado en la Fundación Instituto San José

nal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar así los procesos globales de integración social.

A continuación, se describe en qué consiste el programa, los objetivos que persigue, la metodología utilizada y el desarrollo de la actividad. También se incluyen las narrativas de los usuarios que han participado, así como las conclusiones acerca de los resultados.

2. LA FUNDACIÓN INSTITUTO SAN JOSÉ

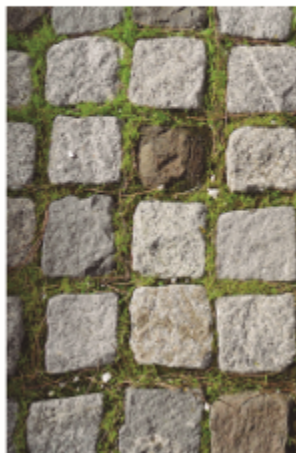
Creada en 1899 por el Marqués de Vallejo, propiedad del Arzobispado de Madrid, y gestionada desde entonces por los Hermanos de San Juan de Dios, la Fundación Instituto San José tiene carácter de servicio público y su finalidad es ofrecer asistencia sanitaria a personas en procesos agudos o de rehabilitación, recuperación o procesos crónicos invalidantes y/o terminales. Además, atiende a personas mayores, con discapacidad intelectual, con epilepsia, personas con discapacidad física, en cuidados paliativos, personas en rehabilitación física y neurológica, con daño cerebral severo rehabilitable, con daño cerebral irrecuperable y niños en atención temprana y terapia en el agua. En la actualidad, la actividad asistencial está concertada en su práctica totalidad con la Administración Pública de la Comunidad de Madrid: con el Servicio Madrileño de Salud, la Consejería de Asuntos Sociales y con la Conserjería de Educación para el Colegio de Educación Especial.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios cuenta con un Programa de Voluntariado nacido de un plan estratégico, que tiene por objeto acompañar a las personas y/o familias desde un es-

pacio afectivo de encuentro y presencia. Se desarrolla de forma organizada, solidaria y comprometida para permitir la atención personalizada. Las personas que deciden dedicar su tiempo a esta actividad están convencidas de la dignidad y el valor que todo ser humano tiene, sin distinción.

El voluntario se incorpora, no sólo a una tarea concreta, sino a un itinerario educativo y a una dinámica de trabajo en equipo. Resulta relevante la figura del coordinador de voluntarios, que se encarga de facilitar la adaptación del voluntario, además de realizar el seguimiento y la formación del mismo. El tiempo de dedicación es variable según cada caso particular, pero requiere como mínimo una mañana o una tarde a la semana, un sábado por la mañana cada mes y medio aproximadamente para las reuniones de equipo y dos fines de semana al año para cursos de formación específicos.

Las funciones propias de este voluntariado son acompañar a las personas mayores, principalmente a aquellas que están solas, estableciendo una comunicación activa y una respuesta empática; supliendo la atención,



conversación, afectos, tiempos y demandas de la persona cuando no se cubren (familia o equipo). Por otro lado, se trata de promover su autonomía y su valía personal, fomentando el ocio (paseos, juegos, lectura, etc.) y la calidad de vida de las personas, pudiendo descargar a los cuidadores en algunos momentos.

3. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN LA RESIDENCIA ASISTIDA DE ANCIANOS

3.1. OBJETIVOS

El programa se pone en marcha con el fin de promover el desarrollo de las capacidades y potencialidades de cada persona, favoreciendo los sentimientos de valía personal, así como la vivencia de emociones positivas. Además, se pretende fomentar la detección de otros roles significativos distintos al de enfermo, favorecer la integración en la sociedad y contribuir en la lucha contra el estigma, colaborando en la difusión de una visión realista sobre la enfermedad mental.

En definitiva, el programa de voluntariado pretende ayudar a las personas con enfermedad mental a vivir más allá de la discapacidad. Estamos convencidos de que, cuando alguien vive más allá de la discapacidad, no le presta tanta atención, puesto que ha encontrado un sentido y un propósito a su vida (Farkas, M., 2003).

3.2. METODOLOGÍA

Por las dificultades inherentes al tipo de voluntariado (atención a personas mayores con cierto nivel de deterioro), se ha presta-

do especial atención a la selección de los usuarios susceptibles de participar en dicho programa. Por este motivo, se definió el "perfil del voluntario" de acuerdo con las siguientes características: personas de ambos sexos, con cierta conciencia de enfermedad, que han alcanzado la estabilidad psicopatológica y que poseen un manejo adecuado de las habilidades sociales básicas y de comunicación. Todos ellos han realizado un trabajo previo en rehabilitación (han participado en diferentes programas como: Ayuda Mutua, Bienestar, Habilidades Sociales o Psicoeducación). Por descontento, se trata de personas con deseo de ayudar al otro y de contribuir de forma activa en la sociedad.

Cuando se puso en marcha el programa en octubre de 2012, comenzaron ocho usuarios, de los cuales tres causaron baja por diferentes motivos. En octubre de 2013 se ha incorporado una persona más, contando con seis voluntarios a día de hoy.

Desde el principio, se ha fomentado la implicación de cada voluntario como agente activo en su recuperación (May, R., 2005). Éstos han realizado la toma de decisiones de forma conjunta, planificando las distintas acciones, marcando los horarios, las actividades de ocio, flexibilizando y adaptando los tiempos dedicados al voluntariado al momento de cada persona.

Durante los tres primeros meses (hasta diciembre de 2012), se introdujo la figura de la "voluntaria veterana" (una psicóloga con experiencia en voluntariado), que fue de gran utilidad como modelo de afrontamiento, además de ser una persona de

de apoyo. *Tener un referente próximo que dé espacio y que confíe en las capacidades y potencialidades resulta de gran ayuda, proporcionando un trato de dignidad y valor que contribuye de manera innegable a la recuperación (May, R., 2005). De manera progresiva y en la medida en que se constató que los voluntarios se mostraban con seguridad en sus capacidades, se valoró con ellos la retirada de este apoyo.*

3.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Según comenta Ron Coleman (paciente psiquiátrico y asesor de salud mental): "Debemos llegar a confiar en nuestra propia vida; debemos dejar de depender de otros que lo hacen todo por nosotros. Es necesario empezar a hacer cosas por nosotros mismos. Debemos tener confianza en nosotros mismos para dejar de ser enfermos y comenzar a recuperarse" (May, R., 2005).

Con este propósito, empezamos a introducir de forma progresiva a las personas interesadas en el voluntariado. La primera toma de contacto se llevó a cabo en la Fundación Instituto San José el 11 de septiembre de 2012. Además de conocer las instalaciones, el responsable del voluntariado de esta institución proporcionó a los voluntarios una pequeña charla informativa (breve historia de la institución, acciones de voluntariado que se vienen realizando, papel del voluntario, etc.). En este primer encuentro, los voluntarios empiezan a perfilar el contenido del programa de ocio, así como la distribución de horarios (se acordó realizar dos grupos, dis-

tribuidos en las tardes de los martes y los jueves, en horario de 17:00 a 19:30h.).

En los primeros momentos, se detectaron dudas e inseguridades en los usuarios, quienes, conscientes de las dificultades de la tarea que debían afrontar, expresaban su desconfianza al respecto de sus propias capacidades.

Por este motivo, se realizaron dos sesiones formativas (el 21 y 27 de septiembre de 2012) dirigidas a mejorar la capacitación de los usuarios, impartidas por el coordinador de los voluntarios en la Fundación Instituto San José (en qué consiste el voluntariado, tareas a desempeñar, cuestiones de organización interna, etc.). Por otro lado, las psicólogas del CRPS de Carabanchel realizaron una sesión grupal (el 1 de octubre de 2012), con el fin de repasar con los usuarios aspectos relacionados con las habilidades sociales, el ajuste de expectativas, manejo de emociones, etc.

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, uno de los objetivos del programa de voluntariado consiste en promover la valoración y desarrollo de los aspectos positivos, así como las fortalezas (Farkas, M., 2007). En definitiva, se trata de desplegar sus potencialidades, recuperar esperanza y un rol activo en la sociedad (Agrest, M., Druetta I., 2011).

El 2 de octubre de 2012 los voluntarios comenzaron a realizar la acción de voluntariado, acompañados por la "voluntaria veterana". Desde diciembre de 2012, el grupo de voluntarios acude con total autonomía a la Fundación Instituto San José. Además,

participan en otras iniciativas promovidas por la Fundación (encuentros con otros voluntarios, charlas formativas, comida de Navidad, etc.), demostrando estar plenamente integrados en la institución.

3.4. EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Con el fin de evaluar la eficacia del programa, se han utilizado las siguientes escalas:

- ☒ Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.
- ☒ Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.).
- ☒ Escala de Bienestar / Malestar.
- ☒ Cuestionario de Expectativas del Voluntariado.

En el proceso de evaluación se han tomado tres medidas (una medida inicial, otra a los seis meses y una última pasado un año). Los resultados cuantitativos se han completado con las narrativas de los propios usuarios.

Cuestionario de Autoestima de Rosenberg			
	29-09-12	31-05-13	24-09-13
Voluntario 1	28	29	24
Voluntario 2	24	24	22
Voluntario 3	31	32	22
Voluntario 4	24	26	21
Voluntario 5	27	29	24

Inventario de Depresión de Beck B.D.I.			
	29-09-12	31-05-13	24-09-13
Voluntario 1	20	12	15
Voluntario 2	12	10	16
Voluntario 3	9	9	7
Voluntario 4	11	10	17
Voluntario 5	2	17	18

Escala de Bienestar / Malestar						
	Bienestar			Malestar		
	29-09-12	31-05-13	24-09-13	29-09-12	31-05-13	24-09-13
Voluntario 1	7	7	6	6	4	1
Voluntario 2	6	6	6	8	6	8
Voluntario 3	8	8	6	4	2	3
Voluntario 4	5	5	5	5	5	5
Voluntario 5	7	7	4	6	6	8

Los datos cuantitativos reflejan una mejoría significativa a los seis meses de iniciar el programa en lo referente al estado de ánimo y al autoconcepto, así como una disminución de los niveles de malestar asociados a sus vidas.

La tercera medida (septiembre de 2013) señala un empeoramiento de la sintomatología depresiva y una disminución del autoconcepto, coincidiendo con la suspensión de la actividad durante el periodo estival. Está previsto continuar con el seguimiento en el tiempo de estos voluntarios para poder realizar un análisis más profundo de los datos.

Es importante destacar el elevado nivel de asistencia de los usuarios, que asciende al 92% (han acudido un total de 156 horas distribuidas en 52 semanas). Además, han participado en una acción formativa de cuatro horas, en dos reuniones de coordinación con el equipo y en un encuentro con todos los voluntarios de la Fundación. En definitiva, estos datos constatan el nivel de implicación y compromiso adquirido por los usuarios, alguno de los cuales ha decidido ampliar su dedicación a la actividad a dos días semanales.

Resulta relevante cómo los voluntarios han desarrollado sus fortalezas, dejando a un lado las dificultades y los síntomas propios de la enfermedad. Los voluntarios coinciden en cómo este tipo de acción está contribuyendo a sentirse útiles e integrados en la sociedad. Además de obtener el reconocimiento social por desempeñar un rol significativo para la sociedad: "Soy voluntario".

4. NARRATIVAS DE LOS USUARIOS

A continuación, se presentan algunas de las respuestas que los voluntarios del programa han dado cuando se les ha formulado esta pregunta: ¿Qué supone para mí el voluntariado?

"Es una forma de demostrar que somos útiles a la sociedad y de adquirir un compromiso con los demás. También te ayuda a ver los problemas que tienen otras personas y no mirar tanto los tuyos. Es una forma de recuperar la normalidad de tu vida y saber que somos personas normales".

E.

"Me enriquece como persona, mi alma se beneficia como teniendo paz interior, tranquilidad, bienestar, alegría... Cuando realizo el voluntariado, parezco otra persona llena de emociones distintas, como haber ayudado a otra persona sin recibir nada a cambio económicamente. Ayudar al otro es muy espiritual, te sientes libre y feliz. Y eso no tiene precio y no se puede comprar".

Y.

"Supone una ocupación sin ánimo de lucro que me beneficia para ir recuperando cualidades. Me hace adquirir más confianza y más seguridad en mí mismo".



J.

"Saber escuchar, comprender, estar en el momento y lugar. Saber hablar, mantener una conversación. La responsabilidad que supone ofrecer una amistad, un coloquio con personas mayores. Integramme en la sociedad. Saber que se puede ser una persona activa. Tener un compromiso con la sociedad y con las personas mayores".

C.

"Para mí, el voluntariado me vale para tener más autoestima y sentirme yo mismo más valorado, así como sentirme habien

do hecho un trabajo bien hecho”.

A.

“Es una experiencia nueva. Es salir de mi mundo y empezar a conocer nuevas personas y nuevas experiencias, conocer problemáticas que ni tan siquiera soñaba en conocer, dejar de compadecerme y mirarme a mí misma y ver gente a mi alrededor con otros problemas que no son los míos. Aunque es duro porque supone una disciplina, un compromiso que a veces es duro de mantener”.

M.

5. CONCLUSIONES

Más allá de lo que puedan reflejar los datos cuantitativos, la experiencia subjetiva de los usuarios al valorar su participación en el programa no deja lugar a dudas. El deseo de normalizar sus vidas, de sentirse parte activa de la sociedad al margen de la enfermedad y sus síntomas, se convierte en un elemento motivador innegable (May, R., 2005).

Con su participación en esta actividad, los usuarios no sólo encuentran un beneficio personal en la medida en que progresan en su propio proceso de rehabilitación. Además, contribuyen de manera evidente a demostrar que la integración socio-comunitaria es posible y, en definitiva, se unen así a la lucha contra el estigma que rodea tradicionalmente a las personas que sufren una enfermedad mental.

Iniciativas de este tipo, vienen a confirmar que el panorama de la rehabilitación está cambiando, así como los criterios de recuperación y los objetivos de intervención. En nuestra opinión, es preciso promover acciones que pongan el énfasis en las capacidades y potencialidades del usuario, que favorezcan su crecimiento personal. La recuperación es un camino que debe conducir al aumento de la autonomía personal, al establecimiento de relaciones afectivas significativas y al desempeño de roles socialmente valiosos, en el contexto de una vida lo más satisfactoria posible (Liberman, R., 2002).

Bibliografía

- Agrest, M. Druetta I., El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2011, vol XXII.
- Anthony, W.A., (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Deegan, P. E., (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9, 4, 11-19.
- Farkas M., Restablecimiento y Recuperación. Conferencia inaugural IV Jornadas de la AMRP. N° 15-16 - Febrero 2003.
- Farkas M. La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención, *World Psychiatry (Edición Española)*, septiembre 2007.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. Making Recovery a Reality. Sainsbury, Centre for Mental Health, 2008.
- Liberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 2002.
- Majumder, R. K., Walls, R. T., & Fullmer, S. L. (1998). Rehabilitation client involvement in employment decisions. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(2), 162-173.
- May, R. Dar sentido a la experiencia psicótica, En Gleeson, J. Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2005; p. 425-452. Young, S.L., Ensing, D.S. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities – *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1999 - Hogrefe & Huber.
- *Begoña Gamero Barbeira, psicóloga del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Ntra. Sra. del Sagrario-Carabanchel”, Gestión Técnica: Fundación El Buen Samaritano.
- **Patricia Díaz Arroyo, psicóloga del Centro de Rehabilitación Psicosocial “Ntra. Sra. del Sagrario-Carabanchel”, Gestión Técnica: Fundación El Buen Samaritano.
- ***Rubén López Garrido, Responsable de Voluntariado en la Fundación Instituto San José.





Taller Prelaboral de Jardinería en el Centro de Rehabilitación Laboral Menni Vallecas

Fernando Cobo*, Elena Santafe**
*Coordinador. **Jefa de Taller CRL Centro de Rehabilitación Laboral Menni Vallecas

APERTURA DEL CRL MENNI VALLECAS Y DETECCIÓN DE NECESIDADES

El Centro de Rehabilitación Laboral Menni Vallecas perteneciente a las Hermanas Hospitalarias y concertado con la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid abrió sus puertas en Mayo de 2007 con el objetivo fundamental de proveer de las herramientas necesarias para que personas con trastorno mental grave y duradero, con motivación para trabajar encontraran y mantuvieran un empleo.

Para conseguir esto los SSM de los distritos de la zona (Puente y Villa de Vallecas) nos proveen de personas con estas características, cuya coordinación con ellos es constante y fundamental.

El equipo de profesionales que compone la plantilla del CRL son:

1 PSICÓLOGA

1 TERAPEUTA OCUPACIONAL

1 TÉCNICA DE APOYO A LA INTERMEDIACIÓN LABORAL

1 PREPARADORA LABORAL

3 JEFAS DE TALLER

1 ADMINISTRATIVA

Desde 1991 que se inauguró el primer CRL en la Comunidad de Madrid observamos que la colaboración de todos los profesionales del centro con el usuario motivado es fundamental para conseguir el obje-

principal de encontrar y mantener un empleo:

NUESTRAS FUNCIONES

• Una evaluación a la entrada (PIR-L) en diferentes áreas eficiente y que promueva objetivos operativizables e individualizados para compartir y desarrollar con el usuario.

• Trabajo en sesión individual y grupal de usuarios y familiares con el psicólogo.

• Trabajo en otras áreas no laborales con la TO: Ocio, AVDs, integración sociocomunitaria, estimulación cognitiva.

• Orientación vocacional-ocupacional. Preparación en entrevistas y organización curricular con la TO.

• Apoyo y formación en BAE por La TAIL.

• Desarrollo de los procesos de ECA por la PL.

• Apoyo en la creación y mantenimiento de hábitos laborales básicos, instrumentales y sociolaborales por las jefas de taller.

• Desde el inicio de los CRLs observamos el enorme éxito del apoyo y entrenamiento previo de usuarios en talleres prelaborales para predecir el éxito en la búsqueda de empleo y su posterior mantenimiento.

• La mayoría de los usuarios que encuentran un empleo y lo mantienen han pasado por talleres. Los porcentajes de empleabilidad en los CRLs de la comunidad de Madrid superan anualmente el 40%.

• Por ese motivo en los CRLs proponemos diferentes talleres a los usuarios.

En Vallecas abrimos cuatro talleres:

- Taller de Oficios: Madera, costura y jardinería.

- Taller de Limpieza.

- Taller de serigrafía y reciclado de papel.

- Taller de Administración. Simulación de una oficina.

Salvo los talleres de Limpieza y JARDÍN que si se propone como una preparación específica en un oficio concreto.

- Recogimos experiencias previas en otros CRL's como Carabanchel y Getafe. También nos apoyamos sobre experiencias profesionales de CEE de Grupo 5 jardiser, etc.

- En el año 2009 percibimos la necesidad de externalizar el taller de jardinería a un lugar fuera del Centro, ya que en nuestro taller los trabajos a desarrollar eran limitados.

- Además queríamos dar un servicio a la comunidad y normalizar nuestras actividades en el barrio.

- Por lo que nos pusimos en contacto con la Concejalía de Medio ambiente (Patrimonio Verde) del Ayuntamiento de Madrid.

Tras distintas reuniones de acercamiento e intercambio de ideas, a finales del año 2011 firmamos un documento el cual Patrimonio Verde nos concedía por cuatro años con posibilidad de renovación el mantenimiento

de un jardín de 530 metros cuadrados en Villa de Vallecas.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- Despertar intereses vocacionales.
- Recobrar hábitos laborales básicos.
- Aumentar las funciones y el compromiso del usuario con el taller prelaboral, planificando él mismo la tarea, trabajando la autonomía y responsabilidad.
- Mejorar las relaciones sociolaborales en un ambiente externo. Que las empresas de jardinería encargadas del mantenimiento de la zona, conozcan el trabajo realizado por los usuarios para posibles inserciones laborales.
- Que el trabajo en talleres prelaborales se realice en un contexto lo más normalizado posible.
- Colaborar con el entorno comunitario proporcionando un área ajardinada debidamente atendida en la que la tarea del taller se realice con un fin práctico y verosímil.

METODOLOGÍA

- Se realiza una valoración inicial de capacidades de los usuarios por la Jefa de Taller. Desde ese momento se les va instruyendo a través de técnicas de modelado, entrenamiento individual y grupal. Comenzando con herramientas sencillas hasta llegar a las más complejas.
- Para realizar las tareas se utilizan las herramientas autorizadas en el convenio por el Organismo colaborador: azadas, tenazas de poda, rastrillos, palas, motoazada, cortasetos, etc.
- Los trabajos que se realizan son: Limpieza diaria y adecuación de la tierra, poda de árboles existentes, eliminación de algunos arbustos previa autorización de la Concejalía de Medio Ambiente.
- Reparación y ampliación del

riego por goteo existente.

- Replantación de diversas variedades autóctonas de fácil cultivo y escasa necesidad de riego: romero, lavanda, diversas aromáticas, brezo, adelfas, retamas.
- Plantación de algunas especies florales de temporada cultivadas en el Taller de Oficios del CRL: Pinosporum.
- Todo ello con supervisión y dotando de la máxima autonomía a los usuarios por parte de la Jefa de Taller.
- El taller funciona dos días a la semana media mañana con un máximo de cuatro usuarios además de la jefa de taller.

CÓMO ESTABA EL JARDÍN CUANDO COMENZAMOS : Enero 2012

- ☒ Árboles sin podar, basura por el suelo, rastros de animales, rastrojos sin control.

CÓMO ESTÁ A DÍA DE HOY

- ☒ Limpieza general, con árboles podados, macizos con flores de temporada y aromáticas, zona infantil debidamente cuidada, se repuso la arena de la zona de columpios, riego por goteo, borduras de madera en los macizos de plantas aromáticas, inicio de huerta compartida con los vecinos.

HEMOS CONSEGUIDO:

- ☒ Doce usuarios han pasado por el taller. Cuatro de ellos han encontrado un empleo, uno de ellos de jardinero.
- ☒ Actualmente trabajan en el jardín cuatro usuarios.
- ☒ 400 horas de trabajo en el jardín.

PROYECTOS A CORTO PLAZO:

- ☒ Continuar la tala de arbustos de crecimiento espontáneo con ramaje bajo peligrosos para los niños del parque.
- ☒ Plantación de césped de bajo consumo de agua.
- ☒ Creación de nuevo sistema más eficaz de riego.
- ☒ Continuar plantando aromáticas y plantas decorativas y las barreras protectoras.
- ☒ Continuar arreglando los pasos espontáneos de peatones.



Te animo a seguir

David L.

Hacemos. Realizamos actividades. Actuamos. Nos movemos. Conducimos el cuerpo. Lo llevamos. Lo traemos. Vamos al encuentro con lo que nos rodea. Con el entorno. Con el ambiente externo. Hacer es algo primordial. Es una necesidad primaria. Y mientras hacemos, pensamos y decimos y vamos "viendo".

Y en su proceso de encuentro debo estar abierto a ayudar, a dejar que me ayuden, a compartir. A dar, a recibir. A gozar, a sufrir.

Y gozo del privilegio de protestar y cabrearme. Y gozo del privilegio de descubrir mis dotes, mis habilidades. Y Aprendo a sufrir y me río del sufrimiento. Y me consuelo. Y me conformo. Y formo mi realidad. Y la transformo. Soy otro caminante entre caminantes.

Sabemos que lo importante es hacer cosas. Sabemos que es importante estar animado.

Desde que nos levantamos estamos haciendo cosas o sería mejor decir, estamos naciendo cosas. Aportamos. Generamos. Construimos. Todo ello, no sin esfuerzo ni dedicación. No sin empeño. No sin decisión. Y me atrevo a decir, no sin valentía.

Hacer cosas tiene sus compensaciones y tiene sus satisfacciones. Tiene sus recompensas.

Hacer cosas es la forma más clara de decirte las cosas.

La vida es movimiento y es acción. Sin acción no hay reacción. Sin acción no hay vida. Nuestro cuerpo reacciona ante los estímulos. Y el ánimo cambia. Y nos desanimamos. Y nos desilusionamos. Y perdemos brío. Y cambian los propósitos. Y cambiamos nosotros. Y todo sigue igual y a la vez diferente. Y varía el recorrido. Equivocamos nuestros pasos o nos equivocamos de camino. Y cambian los sentimientos. Ahora calor. Ahora frío.

Somos seres animados en el doble sentido.

Y nos paramos a reflexionar. Y nos paramos a descansar. Y regresamos por donde habíamos venido.

Y al reanimarnos nos reavivamos. Y disfrutamos de lo que fuimos. Soñando con lo que seremos.

Y te animo a seguir. Y te animo a creer. A seguir creyendo. Seguimos creciendo.

Encuentros afortunados... más hilo a la cometa

Mariano Hernández M.

Sí, no cabe duda, la senda de la recuperación es la del encuentro, los encuentros:

1) Entre el sujeto y su interlocutor interno, 2) entre distintos sujetos, sea que despliegan roles y posiciones personales similares o distintos (pacientes, usuarios en recuperación, expertos en la recuperación de lo psicótico, profesionales de lo psico, educadores, familiares de afectados por sufrimiento psíquico...) 3) también encuentros entre disciplinas, discursos, marcos teóricos y contextos de vida y/o de terapia. Entre las múltiples oportunidades y cúmulo de experiencias en estos años de salud mental proto-comunitaria me interesa señalar el encuentro entre el arte, las artes, y lo mental (la psicopatología, la clínica, la terapia y la recuperación...).

Las claves del éxito de los encuentros siempre son: respeto mutuo reciprocidad.

En estos años, de forma tímida, en la periferia de nuestros programas se van produciendo aquí y allá propuestas imaginativas para hacer de la música, el cine, el teatro, las artes plásticas, la literatura, oportunidad para el crecimiento personal, la construcción de identidades, confianza y sentido de la vida y de las cosas, a la vez que contrapesar tanto estigma y alentar la inclusión en los circuitos de la vida cultural y de la vida ciudadana.

Y no estaría de más evocar las

bellas y emocionantes escenas de lo que debió ser la "cabalgata" de Marco Cavallo en Trieste para certificar el carácter popular a la vez que revolucionario del proyecto des-manicomializador, y consiguiente construcción de potentes redes de atención y de vida comunitaria en los años setenta... y que sigue vigente. No era un hecho aislado: las artes plásticas, el teatro... estaban en el eje de las nuevas propuestas alternativas

En general este conjunto de actividades con objetivo terapéutico y de recuperación se conocen como arteterapia o terapias expresivas, o terapias creativas.

Pero quiero ahora llamar la atención sobre otra dimensión de este encuentro del arte y los dispositivos de "lo mental", que no reposa tanto en las prácticas expresivas como en las receptivo-contemplativas, y que en ocasiones se les denomina (en mi opinión de forma errónea) como arteterapia pasiva: la contemplación de obras de arte – lo más estudiado, las pinacotecas, o la escucha de música- con fines terapéuticos. Y me importa señalarlo tanto por lo que tiene de potencial terapéutico intrínseco, como por lo que supone de nuevo encuentro afortunado: en este caso entre la población de lo mental (usuarios y profesionales) y los museos, y en particular el movimiento de "museología" social, pedagógica e inclusiva, como recientemente se puso en evidencia en el reciente, y excelente, congreso interna-

cional celebrado en Huesca, centrado en la "educación y accesibilidad" a los museos.

Sabemos de algunas buenas experiencias internacionales en esta área (en el Metropolitan Museum of Art en New York, o el Rijks Museum en Amsterdam, que recientemente ha previsto un circuito en el museo desde la perspectiva del "arte como terapia"). Pero incluso sin ir muy lejos, basta evocar por el momento, a modo de "instantánea", los excelentes resultados del encuentro entre las actividades del "Educatyssen" del museo Thyssen-Bornemisza, mediante sus programas Red de Público y el "Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte: Pintura" del CRPS de Latina que se está llevando a cabo desde hace 6 años (con reciente participación de SS M de Tetuán). El museo, templo de la metáfora icónica, aporta su prestigio y su condición de cuidado entorno sereno y grato, donde proceder a la contemplación, que precede a una rica conversación entre los asistentes. Los participantes de "lo mental" le ayudan a perder su "estigma elitista". Los participantes "en recuperación" y los profesionales de lo mental aportamos nuestra sed de ser y de participar en los circuitos de lo social y lo cultural

Y esto, ahí mismo...pongamos que hablo de Madrid, por supuesto... entre los temas pendientes, nos queda... darle mucho hilo a esta cometa... y seguir en la senda, encontrándonos.

Congreso internacional sobre enfermedad mental, patología dual y empleo.

Luis Pelegrín Calero
Presidente de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial
www.insolmurcia.org

En la Asamblea General de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), que se celebró a finales de enero de 2013 en Madrid, se determinó la constitución de una comisión de profesionales que se encargase de iniciar y consolidar lo que se denominó "GRUPO DE EMPLEO", con el objetivo fundamental de reflexionar, poner en valor e intercambiar experiencias de éxito, en relación a un tema tan complicado como el de los enfermos/as mentales y sus posibilidades de incorporación laboral.

El "GRUPO DE EMPLEO" se formó inicialmente por profesionales de la salud mental de distintas áreas de intervención (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, economistas, etc.), y de diferentes comunidades autónomas (Madrid, Cataluña, Castilla y León, Aragón, País Vasco, Santander, Las Palmas de Gran Canarias y Murcia).

La coordinación de actividades del grupo, estuvo a cargo de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, contando con el apoyo de todos los integrantes, y fue la encargada de guiar y establecer la ruta de trabajo (actividades), y de velar por el cumplimiento de los objetivos inicialmente planteados.

Una de las primeras iniciativas, como consecuencia de las acti-

vidades iniciadas en el GRUPO DE EMPLEO, fue la realización de una acción formativa y/o de intercambio de experiencias, que permitiese compartir información sobre temas transversales importantes en las acciones que se llevan a cabo cuando se desarrollan programas de incorporación laboral de enfermos mentales.

En el mes de junio de 2013, se llevó a cabo una reunión en la sede de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, en Molina de Segura (Murcia), con la participación de representantes del "GRUPO DE EMPLEO" de la FEARP de las comunidades de Aragón, Santander, Cataluña, Las Palmas de Gran Canarias y Murcia. En dicha reunión, se presentó por parte de los responsables de la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, la propuesta de realizar, en octubre de ese mismo año, en Murcia, un Congreso Internacional sobre Enfermedad Mental, Patología Dual y Empleo, presentando como aval

el apoyo institucional de la Subdirección de Asistencia Psiquiátrica del Servicio Murciano de Salud.

Asimismo, en dicha reunión, se tomó la decisión de constituir el Comité Organizador y el Comité Científico del citado Congreso, se determinó intentar implicar a la Universidad de Murcia para posibilitar la obtención de créditos universitarios (lo que finalmente no se pudo conseguir) y a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia para la obtención de la acreditación del Certificado de Reconocimiento de Interés Científico Sanitario (lo que finalmente se obtuvo), y se decidieron las distintas áreas de intervención que deberían estar presentes en el mismo. Con todo ello, las mesas que finalmente se desarrollaron en el Congreso fueron las siguientes:

- "Experiencias de itinerarios hacia el empleo". Con la participación de profesionales de las comunidades de Madrid, Cataluña, Canarias y Murcia, responsables del desarrollo de programas de empleo especializados en la preparación y adquisición de hábitos para la incorporación laboral de personas con enfermedad mental y/o patología dual, además de su acompañamiento en procesos de inserción. El objetivo principal de esta mesa fue la presentación de propuestas de intervención novedosas en el ámbito de itinerarios de



acompañamiento formativo Pre-laboral y asistencial, que incrementasen las posibilidades de éxito en la incorporación laboral de personas con la problemática citada.

Los profesionales que presentaron sus proyectos, realizaron exposiciones muy prácticas en la que, desde su experiencia, proporcionaron las claves necesarias para poder mejorar las intervenciones en la incorporación laboral de los enfermos mentales.

- "El empleo protegido y las empresas de inserción". En ella participaron gerentes y responsables de empresas, cuyo objetivo es la incorporación laboral de personas con enfermedad mental, de Madrid, Andalucía, Aragón y Murcia.

El objetivo de la mesa, fue establecer las claves, desde el punto de vista de las experiencias de empleo protegido, de las necesidades concretas que tienen sus empresas en la intervención con el colectivo de enfermos mentales, además de atisbar las diferencias o complementariedad con otras propuestas de incorporación laboral con colectivos de intervención diferentes.

- "Experiencias internacionales". Mesa dedicada a conocer experiencias concretas que desarrollan organismos en el ámbito europeo, contando con la presencia de Doña Begoñe Ariño, ex presidenta y Representante de European Federation of Associations Families of People with Mental Illnes (UEFAMI), Don Roberto Mezzina, Director WHO CC for Research and Training Trieste, Doña Pilar Hilarión Madariaga, Directora de Área del Instituto Universitario Avedis Donabedian, y Don Pablo

Gómez, Director Gerente de la Fundación INTRAS y Presidente de Huscie Europe, Social Communitte for Integration.

Se tuvo la oportunidad de recoger la sensibilidad a nivel europeo de la importancia de trabajar desde los distintos dispositivos de intervención en la normalización sociolaboral de los enfermos mentales. Además, un aspecto que todos los responsables quisieron transmitir en sus ponencias, fue la importancia que desde el primer momento de la intervención con el colectivo citado, se tuviera presente, como un aspecto fundamental, la posibilidad de la incorporación laboral como elemento terapéutico.

- "Responsabilidad social empresarial, ayudas públicas y Fondo social Europeo". Espacio constituido por responsables de la Universidad, de empresas y de organismos públicos, en el que se valoró, como objetivo prioritario, dar a conocer propuestas de apoyo a la contratación de enfermos mentales mediante las nuevas iniciativas de las administraciones públicas, las iniciativas que se realizan desde organismos que trabajan en los programas relacionados con la Responsabilidad Social de las Empresas, y en qué medida dichas iniciativas pueden apoyar la contratación de enfermos mentales. Como conclusión de esta mesa se podría enfatizar sobre la necesidad del tejido empresarial como elemento fundamental de dinamización de las posibilidades de incorporación laboral de enfermos mentales.

- "Financiación y gestión desde las instituciones". Destinada a la valoración por parte de los responsables de instituciones públi-

cas y privadas, que tienen la posibilidad de generar políticas, estrategias y recursos económicos en el desarrollo de dispositivos de incorporación laboral de enfermos mentales. En la mesa se esbozó sobre el momento en que nos encontramos desde el punto de vista estratégico, y las posibilidades que se vislumbran de cara a un futuro inmediato.

Momentos de las mesas de la conferencia.



En las decisiones que se tomaron en la reunión de preparación, se pensó en la necesidad de dedicar como elemento fundamental a tratar, el ámbito de los apoyos en la formación de preparación para la incorporación laboral de enfermos mentales. Esto supuso en el congreso, una conferencia de Don Oscar Sánchez Rodríguez, Director del Centro de Rehabilitación laboral Latina, sobre los sistemas de apoyo en la formación y el empleo para el desarrollo profesional. Por otro lado, se pensó otro ámbito esencial en la valoración, tanto social como económica, de los programas de inserción laboral. Para este tema se contó con la participación de Doña Nieves Ramos Rosario, Presidenta de la Federación de Asociaciones Empresariales de Empresas de Inserción, que realizó una conferencia sobre El retorno económico en las empresas de inserción.

Otro de los aspectos que tuvimos en cuenta en la preparación del congreso, y que así lo transmitimos a todos los participantes, fue que sus intervenciones debían de ser dinámicas, prácticas, y huyendo en la medida de lo posible de grandes planteamientos generales poco concretos. En la misma línea de reflexión, se constituyó una mesa de debate entre distintos profesionales con perfiles y ámbitos de intervención distintos, que permitiese un diálogo abierto, incluyendo al público asistente, en el que de forma espontánea permitiese la reflexión de puntos de interés y perspectivas diferenciadoras en las distintas propuesta de intervención en programas de incorporación laboral de enfermos mentales. Asimismo, nos pareció importantísima la intervención y el punto de

vista de los propios usuarios, contando en consecuencia con la inestimable presencia de Doña Guadalupe Morales González, directora de la Fundación Mundo Bipolar, que aportó la voz y la experiencia de los enfermos mentales.

Por otro lado, se planteó la importancia de abrir un período de presentación de comunicaciones orales, donde 10 personas pudieran presentar en el congreso una breve exposición, de 10 minutos como máximo, sobre alguna investigación, trabajo o experiencia relacionada con la temática del acto. En la misma línea, se presentaron las bases y se abrió plazo de presentación de comunicaciones en posters, donde los asistentes al congreso pudiesen presentar sus trabajos, de la temática del congreso, en una sala adjunta a las conferencias del acto. En total se presentaron 78 comunicaciones en pósters, de las que el Comité Científico seleccionó 66, que consideraron que eran las más adecuadas para ser expuestas en este evento. Para todo ello, el Comité Científico estableció las normas básicas de presentación de dichas comunicaciones, donde pudo valorar los diferentes trabajos, como filtro de exposición de los mismos en el congreso.

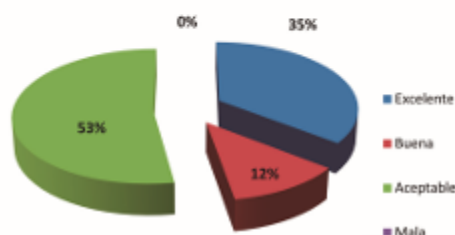
Como último aspecto organizativo importante, tuvimos presente el entorno en el que se debería realizar el congreso. Se pensó en un acto de apertura formal, con inauguración por parte de la Consejera de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, en el salón de actos del Hospital Reina Sofía de Murcia, y las siguientes sesiones, en el salón de celebraciones del Parque de Ocio Los Juncos, Parque donde

desarrollan su actividad tres empresas de inserción, apoyadas por la Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial y creadas con el objetivo de la contratación laboral de personas con enfermedad mental en las actividades que se desarrollan en un parque lúdico deportivo de 50.000 metros cuadrados, en Molina de Segura.



Una vez finalizado el congreso, se puso a disposición de los asistentes en la página web del mismo, un cuestionario de evaluación sobre todos los aspectos que el comité organizador entendió que eran fundamentales para tener una valoración por parte de los asistentes. Resaltamos, así, los siguientes datos, teniendo presente que de los 286 asistentes, 76 personas han contestado a los cuestionarios de evaluación (26,6%).

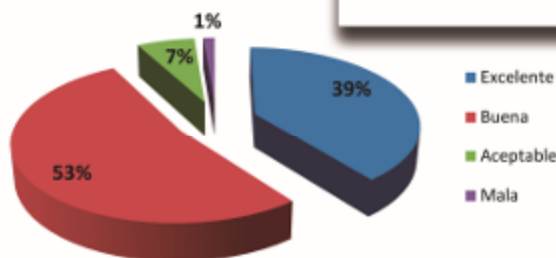
Calidad y variedad de las ponencias invitadas al Congreso.



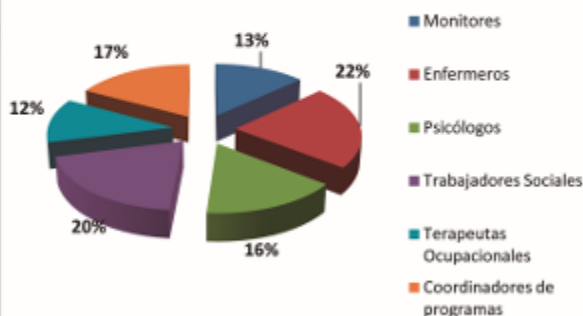
Mesa o Conferencia ha aportado nuevos conocimientos, puntos de vista, ideas...



Valoración global otorga al Congreso



Puesto de trabajo.



CÓMO ASOCIARSE A LA AMRP

La Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) es una asociación de profesionales de la rehabilitación psicosocial y de personas interesadas en este campo de actuación, al margen de titulaciones y/o puesto de trabajo. Sus estatutos pueden consultarse en nuestra página web www.amrp.info y su principal objetivo es "contribuir por cuantos medios estén a su alcance a un mayor y más profundo conocimiento del campo de la rehabilitación psicosocial y promover su aplicación práctica en la mejora de la calidad de vida de las personas y familias (...) afectados por enfermedades y trastornos mentales generadores de incapacidades" (Art. 2º Estatutos).

La cuota de inscripción en la AMRP es de 6 euros que se abonarán en la cuenta de la Asociación, adjuntando la fotocopia del ingreso a la solicitud de inscripción.

Caja Madrid, C/ Doctor Esquerdo, 55 (Madrid) CC: 2038-1163-16-6000315069

Recortar y enviar a la Secretaría de la AMRP: C/ General Martínez Campos, 36 bajo. 28010 Madrid

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL AMRP

APELLIDOS:

NOMBRE:

CON TÍTULO DE:

QUE DESEMPEÑA LA FUNCIÓN DE:

EN (lugar de trabajo)

DOMICILIO PARTICULAR:

POBLACIÓN: CÓDIGO POSTAL:

PROVINCIA: TELÉFONO: E-MAIL:

D.N.I.:

SOLICITA: Su ingreso en la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial abonando en la siguiente cuenta de la A.M.R.P. Caja Madrid, C/ Doctor Esquerdo, 55 de Madrid: 2038/1163/16/6000315069 la cantidad de SEIS EUROS como cuota de inscripción. Adjuntando la fotocopia del ingreso a esta solicitud de inscripción.

En a de de 2010.

Firmado:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

APELLIDOS:

NOMBRE:

D.N.I.:

BANCO/CAJA:

SUCURSAL Nº: DIRECCIÓN:

POBLACIÓN: PROVINCIA: CÓDIGO POSTAL:

C/C o LIBRETA Nº:

Muy señores míos:

Les ruego que a partir de la presente sirvan abonar de mi cuenta corriente/libreta de ahorros el importe de la cuota de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.



AMRP

www.amrp.info