

XI Jornadas FEAFES

Sí a la Atención No a la Exclusión

Santiago de Compostela, del 28 de junio al 1 de julio de 2001



XI JORNADAS FEAFES

SANTIAGO DE COMPOSTELA
DEL 28 DE JUNIO AL 1 DE JULIO DE 2001

SÍ A LA ATENCIÓN
NO A LA EXCLUSIÓN

FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES
Y ENFERMOS MENTALES



**FEAFES
GALICIA**

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE FAMILIARES E ENFERMOS
MENTAIS DE GALICIA



CEiFEM

CENTRO ESPAÑOL DE
INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Edición: 2003

Edita: Confederación Española de Agrupaciones
de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)

Diseño: Doblehache Comunicación

Imprime: Cirsa

Depósito Legal:

Organización

COMITÉ DE HONOR

D. Manuel Fraga Iribarne

Excmo. Sr. Presidente de la Xunta de Galicia

D. José M^a Hernández Cochón

Excmo. Sr. Conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais

D. José Luis Torres Colomer

Ilmo. Sr. Presidente de la Excmo. Diputación Provincial de A Coruña

D. José Antonio Sánchez Bugallo

Ilmo. Sr. Presidente del Concello de Santiago

D. Francisco Morata Andreo

Presidente de FEAFES

D^a M^a Ángeles Fernández Araujo

Presidenta de FEAFES GALICIA

D^a M^a Dolores Domínguez Santos

Presidenta de AGSM

COMITÉ CIENTÍFICO

D^a Marta Durán Conde

Asesor técnico Asociación MOREA y FEAFES GALICIA

D. Fernando Eguino Miguélez

Asesor técnico Asociación AVELAIÑA y FEAFES GALICIA

D^a Mari Carmen Díaz Lorenzana

Asesor técnico Asociación FONTE DA VIRXE y FEAFES GALICIA

D^a Susana García Luengo Álvarez

Asesor técnico Asociación A CREBA

D^a Rosa Ruiz Salto

Gerente/Coordinadora de FEAFES

D. Julio Nistal Roca

Gerente de FEAFES GALICIA

Entidades Colaboradoras



FONDO  FORMACION



6



Índice

PRESENTACIÓN

D. Francisco Morata Andreo Presidente de FEAFES	9
--	---

PRIMERA MESA REDONDA: SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN GALICIA

D. Tiburcio Angosto Saura Jefe de Servicio de Salud Mental de Galicia. Servicio Galego de Saúde Mental (SERGAS)	15
---	----

D ^a María Victoria Rodríguez García Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM).	17
---	----

1. Problemas del Marco Organizativo.	24
2. Problemas Estructurales	24
2.1 Déficit de recursos en los dispositivos básicos	24
2.2 Déficit de recursos en los dispositivos complementarios	25
3. Problemas Funcionales	26
3.1 Generales	26
3.2 Específicos	27
4. Problemas Presupuestarios	29

SEGUNDA MESA REDONDA: LA INCLUSIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL E INTEGRACIÓN LABORAL

D. Isauro Gómez Tato Jefe de Área de Salud Mental del Programa de Atención Sociosanitaria	33
---	----

D. Jorge Barros de la Peña Jefe del Servicio de Apoyo a Emprendedores. (Dirección Xeral de Fomento do Emprego).	55
---	----

D. Laureano Otero Barrio Director del Departamento de Creación de Empresas del Fondo de Formación.	61
--	----

**TERCERA MESA REDONDA: INTEGRACIÓN DE LA PERSONA
CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA SOCIEDAD**

D. Fernando Quinzá Torroja García Director Técnico de la Fundación Galega para a Tutela de Adultos (FUNGA)	75
Normativa e Integración.	76
Respecto a la búsqueda de la integración social del enfermo mental en la sociedad.	77
D. Manuel Aguilar López Director General de Obra Social Caixa Galicia	81

**CUARTA MESA REDONDA: LA ENFERMEDAD MENTAL
EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

8

D ^a Margarita Serrat Borrás Presidenta de la Federación Catalana de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FECAFAMM).	91
Mitos y realidades en la sociedad y en los medios de comunicación ante la enfermedad mental.	91
D. José María García Palmeiro Decano del Colegio de Periodistas	97
D. Tiburcio Angosto Saura Jefe de Servicio de Salud Mental de Galicia. Servicio Galego de Saúde Mental (SERGAS)	109
CONCLUSIONES	119

Presentación

Señoras y señores, muy buenos días a todos.

Un año más, la Confederación FEFES celebra sus Jornadas Anuales, y las celebramos con mucha ilusión y muchas expectativas que deseo se vean satisfechas.

Es mucho el esfuerzo que a todos nos ha costado estar aquí, a la Confederación FEFES y a la Federación FEFES GALICIA, en su función de organizadores.

A todos los representantes de las asociaciones integradas en nuestro movimiento, en todas las comunidades autónomas.

A los profesionales de nuestros centros y servicios.

A los ponentes, moderadores, coordinadores de los talleres de trabajo.

A los medios de comunicación.

A las personalidades, representantes de los poderes públicos de esta Galicia, de esta bella Ciudad de Santiago de Compostela.

Espero no haber olvidado a nadie, no es mi intención, porque a todos les agradezco en nombre del movimiento asociativo de familiares que representa FEFES su asistencia a estas XI Jornadas, su activa participación y su colaboración para el éxito y buen desarrollo de las mismas.

Porque para nuestra Confederación –FEFES– estas Jornadas, al igual que todas las acciones que viene desarrollando, suponen un paso más en la consecución de nuestros objetivos de interés general.

Y uno de nuestros históricos objetivos, razón incluso de ser de nuestro movimiento, es la INCLUSIÓN SOCIAL. Tema de las Jornadas que hoy iniciamos.

Y es que los niveles de exclusión, en todos los órdenes, que las personas con enfermedad mental y sus familias han sufrido y continuamos padeciendo, es histórico. Y es histórico porque no se han facilitado, ni dotado, y ha habido momentos en los que incluso se negaba, y no se reconocía el derecho a la atención, cuidado y tratamiento de su enfermedad. Y digo ATENCIÓN como otra palabra clave que forma parte igualmente del lema de las presentes Jornadas, con mucho énfasis y fuerza. Seguro de que durante estos días la repetiremos hasta la saciedad, “SÍ A LA ATENCION”.

Bien es cierto que si antes decía que en tiempos atrás ni siquiera se contemplaba o reconocía la necesidad de atención a los problemas de salud mental, algo ha cambiado ahora: al menos se nos reconoce la necesidad y se reconoce el derecho de atención; pero no ha cambiado sustancialmente la situación final; porque aunque se reconozca, todavía no se ha dotado, no se han creado los recursos y estructuras suficientes y adecuados que hagan posible la atención necesaria que evite la exclusión social de los afectados y sus familias.

Todo el mundo parece estar de acuerdo en que las personas con trastornos mentales graves y crónicos son un grupo muy numeroso de ciudadanos que tienen gran riesgo de padecer exclusión; pero, ¿qué se esta haciendo para evitarlo y paliarlo? Para eso nos hemos reunido aquí.

Pretendemos y estoy seguro seremos capaces de identificar nuestras características específicas en relación al tema que nos ocupa, identificar nuestras demandas, y lo que será mas importante, deberemos identificar respuestas y alternativas, porque nuestra actitud de corresponsabilidad y de participación es un elemento en sí mismo de inclusión, y el movimiento asociativo de familiares quiere ser protagonista y actor de su propio destino, y aquellas instancias con competencia y responsabilidad, ya sea en el ámbito sanitario, social, jurídico, educativo, etc. deben saber que pueden, y deben, contar con nosotros.

Todos estarán de acuerdo conmigo en que la tarea que tenemos encomendada para estos días es ardua, y seguro que no sencilla; pero todos

los que estamos aquí sabemos que merece la pena. Merece la pena seguir luchando y trabajando por la salud mental; seguir trabajando por nuestros familiares, por nosotros mismos, y por el resto de personas enfermas o que en un futuro puedan enfermar.

Habiendo identificado ya nuestra tarea, y nuestro objetivo general, no quiero extenderme más. Lo importante será lo que se diga a partir de este momento.

Les reitero mis mejores deseos en el desarrollo de estas Jornadas y el agradecimiento a todos, con una mención especial a los responsables de la administración gallega que nos honran con su presencia en este acto.

Buenos días.

D. Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES



**Primera mesa redonda:
Situación de la Salud Mental en Galicia**

D. Tiburcio Angosto Saura

Jefe de Servicio de Salud Mental de Galicia. Servicio Galego de Saúde Mental (SERGAS)

El crecimiento se debe al apoyo que nos han prestado las asociaciones de familiares de todas las áreas sanitarias que se han volcado en este proyecto y yo desde aquí quiero agradecerse, sin ellos no hubiese sido posible, porque me imagino que ustedes conocen lo difícil que es, dentro del sistema sanitario general, poder desarrollar estructuras de este estilo, como pisos, etc. Tenemos una unidad de Salud Mental por cada 80.000 habitantes y un psiquiatra para tratar a las personas mayores de 16 años, porque tenemos separados el programa de infantil y de adultos. Tenemos un psiquiatra por cada 38.000 habitantes; hay un psicólogo por cada 68.000; un ATS por cada 85.000; y 8 unidades de infanto-juvenil. El programa de infanto-juvenil es un programa precario que todavía estamos desarrollando y esperamos darle un buen impulso antes de que acabe el año. Tenemos 4 unidades específicas de alcoholismo, una por provincia. Y el programa de salud mental no incluye la atención a lo que se podría llamar drogodependencias ilegales.

Estamos en el camino del desarrollo, nos faltan todavía muchas cosas, tenemos deficiencias, pero lo que sí es importante es que tenemos un proyecto, estoy seguro de que la doctora Rodríguez ahora nos dirá lo que nos falta todavía, pero lo que yo creo es que, a pesar de esto, sí que tenemos un proyecto, cosa que no existía hace unos años. Hace seis años no existía ningún proyecto, cada uno estaba funcionando como Dios le daba a entender pero en estos momentos tenemos el documento de propuestas que nos sirve de guía para desarrollar y mejorar los servicios.

La actividad de nuestros servicios tiene una frecuencia muy parecida a la de otras comunidades autónomas, hay una consulta de salud mental por cada once habitantes. Nada más. Muchas gracias.

D^a María Victoria Rodríguez García
Asociación Galega de Saúde mental (AGSM)

UNA REFORMA INCONCLUSA

Buenos días. Quiero agradecer a FEAFES la invitación a participar en estas Jornadas y la oportunidad de compartir la mesa con el doctor Angosto, compañero de fatigas y amigo, y quiero comentarles que en el camino hacia aquí venía pensando que, en este caso, estamos en posiciones un poco distintas en la medida en que él está aquí en calidad de representante de la Consellería de Sanidad, como Jefe de Servicio de Saúde Mental, y yo vengo en calidad de representante de la Asociación Galega de Saúde Mental, que es una asociación que, como saben aquellas asociaciones de familiares del ámbito gallego, tiene un marcado carácter asistencialista, y como decía, venía pensando que esto iba a ser un a modo de debate del Estado de la Nación en pequeña representación. Porque era probable que el doctor Angosto presentara, como presentó, los logros y avances en el desarrollo de los dispositivos de atención a la salud mental, que sin duda los hay sobre todo si consideramos la situación precaria de partida, y a mí me correspondería señalar las carencias o las deficiencias que también todavía las hay, e importantes.

Y considerando cómo plantear un análisis de la situación de la atención a la salud mental en Galicia, pensé que tenía que recurrir a cuestiones y conceptos básicos de evaluación en salud. Entonces me van a perdonar ustedes que empiece por algunas obviedades como señalar que la salud es un problema económico, no sólo pero muy fundamentalmente, en la medida en que los recursos son limitados y la demanda es ilimitada. En las sociedades de bienestar la demanda se distancia cada vez más de los recursos, crece progresivamente conforme al desarrollo, pues se va haciendo más sofisticada. A medida que hay más medios la gente exige más, los usuarios exigen más y solamente desaparece la demanda de

atención sanitaria en situaciones de extrema pobreza, de depauperación social, es decir, en Biafra y en Uganda seguramente nadie pide nada. En esa medida en que estamos hablando de repartir unos medios económicos limitados, unos recursos limitados, a los gestores les corresponde decidir dónde, cómo, cuándo y cuánto se invierte y por eso se les supone interés en evaluar los resultados de esa inversión. Evaluar es determinar de una manera formal la efectividad, la eficiencia y la aceptabilidad. La aceptabilidad por parte de aquellos a los que los recursos van aplicados, en una intervención planificada para alcanzar unos objetivos preestablecidos. Subrayo lo de planificado porque es muy importante.

Evaluar el sistema de atención a los problemas de salud mental en Galicia es muy difícil, ya que si bien existe un Decreto de Salud Mental, como decía el Doctor Angosto antes, como marco normativo general y unas Propuestas de Desarrollo, también mencionadas, que elaboró una comisión asesora, no existe un auténtico Plan de Salud Mental. Un plan significa algo que permite identificar problemas, determinar prioridades, fijar objetivos, diseñar estrategias para conseguirlos, y garantizar recursos. La evaluación debe ser el proceso final de esa planificación. Pero claro, estamos hablando de evaluar la calidad de una asistencia y realmente es muy difícil evaluar la calidad de la atención sanitaria, los conceptos son difíciles de aprehender y ambiguos. Se han hecho muchos intentos de definir la calidad en la prestación sanitaria. He seleccionado un par de ellos. Donabedian, en 1980, la define como el balance positivo de la relación beneficios/daños valorada por el paciente o su representante, entendiendo que, en cualquier intervención sanitaria, siempre hay algún daño, y la eliminación de cuidados e intervenciones inútiles.

Clifford la define como el grado en que se consigue materializar los principios y alcanzar los objetivos. Posteriormente, centrándose más en la salud mental, el mismo Clifford, en 1988, define una serie de requisitos que debe tener una atención en salud mental para considerarla de calidad, que son: formulación clara y explícita de las tareas a desarrollar, selección y provisión de los cuidados apropiados, repercusión que todo ello tiene en la calidad de vida del paciente, actuación en equipo multi-

disciplinario e integración de los servicios, refiriéndose a la integración entre sí y con el resto de los dispositivos sanitarios y sociales.

Pero a la hora de evaluar la calidad, la evaluación siempre es diferente según la realicen los distintos implicados, gestores, profesionales y usuarios. Hay criterios objetivos de calidad y criterios subjetivos, y se suele aceptar que, considerando el orden mencionado, gestores, profesionales y usuarios, la subjetividad aumenta en la medida en que nos acercamos al usuario, y en sentido contrario la objetividad supuestamente aumentaría hacia los gestores.

La medida de la calidad se apoya en dos pilares. Tiene que haber por un lado una acreditación, que defina la tipología de los servicios, es decir, que diga por ejemplo esto va a ser un centro psicosocial que va a atender a esta área determinada, que va a tener estas funciones y al que para ello se le van a asignar estos recursos, es decir, que determine la estructura, los requisitos necesarios para la realización de esas funciones que se atribuyen. Y por otro lado una evaluación, que no es otra cosa que el análisis de la consecución de los objetivos. Es importante señalar que la acreditación es condición necesaria pero no suficiente para obtener un buen resultado, es decir, podemos tener maravillosos equipos bien dotados pero que luego no ejercen la función que se les encomienda de la manera adecuada, de forma que la evaluación final no es necesariamente positiva. Por eso son preguntas claves en sanidad las siguientes: ¿qué pretende hacer un servicio o una red de servicios?, ¿son los recursos técnicos y humanos adecuados para alcanzar los objetivos?, ¿puede medirse el grado de consecución de los objetivos?, y ¿pueden establecerse indicadores de evaluación cuantitativos y cualitativos de los resultados?

Son INDICADORES CUANTITATIVOS DE CALIDAD los indicadores numéricos algunos de los cuales ha expuesto ahí el Doctor Angosto. Hay varios tipos de indicadores: indicadores de nivel de recursos, como es por ejemplo el número de camas que hay por habitantes, el número de psicólogos o psiquiatras o de centros, etc.; indicadores de nivel de actividad, como el número de ingresos que se producen al año, el número de con-

sultas realizadas, etc., indicadores de nivel de funcionamiento que serían, por ejemplo, el tiempo en lista de espera, las relaciones entre las altas y las primeras consultas, y el tiempo que los profesionales tienen para dedicar a cada paciente por diagnóstico.

Los INDICADORES CUALITATIVOS DE CALIDAD serían el análisis de los resultados, que sería un indicador objetivo, por ejemplo de tantas depresiones tratadas, tantas han sido dadas de alta en seis meses; los índices de satisfacción y los índices de calidad de vida, ambos son indicadores mucho más subjetivos, que para tener alguna validación tienen que ser universalizados y objetivados a través de cuestionarios.

Entonces, volviendo a la acreditación que, como dijimos antes es aquello que va a determinar el ámbito, la tipología, la función y la estructura que debe tener un dispositivo, en Galicia no se ha llevado a cabo un proceso de acreditación de dispositivos de atención en salud mental, y en el marco normativo vigente, el Decreto de Salud Mental señala los objetivos generales y define la tipología de los dispositivos en términos generales y ambiguos. Sí que ese documento técnico llamado Propostas de Desenvolvemento da Atención en Saúde Mental en Galicia, que ha sido asumido como tal por la Consellería de Sanidad, permite hacer una especie de primera aproximación a la valoración ya que señala los recursos mínimos necesarios para la realización de las funciones dentro de los distintos dispositivos. Esto nos permite preguntarnos: ¿son los recursos actuales suficientes para el desarrollo de las funciones que el decreto les atribuye?

El marco normativo general, la Ley General de Sanidad, como dijo el doctor Angosto, consagra la integración plena de la salud mental, de la atención a la salud mental en las prestaciones generales del sistema sanitario y la equiparación del enfermo mental a cualquier otro usuario del sistema de salud. El Decreto de Saúde Mental de Galicia señala las directrices generales de actuación en materia de salud mental y las disposiciones dirigidas a la promoción, protección de la salud, prevención, rehabilitación, etc. Describe también la tipología de los dispositivos. Las “Propostas de Desenvolvemento” de la Comisión Asesora, asumidas por la

Consellería, señalan la composición mínima que han de tener los equipos como os decía antes, y la descripción de los dispositivos, sobre lo que paso de prisa también porque la ha comentado el Doctor Angosto. Distingue entre DISPOSITIVOS BÁSICOS, que son las Unidades de Salud Mental, las Unidades Específicas, las Unidades de Hospitalización y los Hospitales de Día, y DISPOSITIVOS COMPLEMENTARIOS que digamos, constituyen lo fundamental de la rehabilitación y que son las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación y las Unidades de Apoyo Comunitario.

Me he centrado, a la hora de plantearme este análisis, en la Unidad de Salud Mental porque considero y considera el propio decreto, que es el dispositivo eje que vertebra y articula todas las actuaciones en salud mental. Y creo que de sus deficiencias, aunque estoy adelantando las conclusiones, se derivan gran parte de los déficit que se observan en otros dispositivos y en el sistema en general. Y detallo las funciones que el decreto atribuye a la unidad de salud mental: la unidad de salud mental comunitaria, (que aquí se llama unidad de salud mental y en otros lugares centro de salud mental, y la diferencia de nomenclatura es significativa ya que un centro es algo mucho más amplio que una unidad) es el dispositivo básico sobre el que se asientan las acciones de salud mental y sus funciones son las siguientes: atender a los pacientes que le sean remitidos a través de los servicios competentes y los que se encuentren en régimen de hospitalización domiciliaria (y quiero llamar la atención sobre esto de la hospitalización domiciliaria, porque resulta impensable con los medios disponibles); realizar la interconsulta y psiquiatría de enlace en los hospitales que no dispongan de unidades de hospitalización psiquiátrica; participar, cuando sea posible, en las decisiones de ingreso con el equipo de la unidad de agudos; participar en la rehabilitación e integración comunitaria de los pacientes y hacer el seguimiento de los casos dados de alta en estas unidades, en colaboración con los profesionales de atención primaria; apoyar y asesorar a los profesionales de atención primaria y a los servicios de urgencia e intervención en crisis; apoyar y asesorar a los dispositivos sociales y educativos relacionados con la salud mental, a los facultativos de las instituciones penitenciarias, y de acuerdo con la nor-

mativa vigente a la autoridad judicial; desarrollar programas de promoción de la salud mental, de prevención de enfermedades y educación sanitaria.

Pues bien, el documento de “Propuestas de Desarrollo” de la Comisión Asesora señala como requerimientos mínimos, y subrayan ellos mismos lo de mínimos, para atender a lo básico de sus funciones, una unidad de salud mental por 50.000 habitantes con un equipo de 2 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, una enfermera y “apoyo administrativo y de trabajador/a social”, pongo esto entre comillas para señalar lo ambiguo del “apoyo” ya que es muy diferente contar o no contar con un administrativo, determina bastante la cantidad y la calidad del trabajo, y la adscripción o no de trabajador social al equipo tiene obvias connotaciones ideológicas, es decir, de modo de entender los procesos de salud y de enfermedad, y asistenciales, o sea, de modo de abordarlos. Pues bien, hay situaciones diversas en Galicia, algunos centros disponen de administrativo y otros no, y respecto a la trabajadora social normalmente no existe o está a tiempo compartido con otras ocupaciones.

22

Y siguiendo con las propuestas, el documento propone la distribución siguiente del horario de trabajo: un 50% del tiempo dedicado a asistencia directa; el 30% a trabajo comunitario, coordinación con atención primaria, atención domiciliaria y acciones de prevención, y el 20% a docencia y formación continua, investigación y trabajo administrativo. Veamos ahora los recursos técnicos Según este documento debería haber un psiquiatra por cada 25.000 habitantes, un psicólogo por cada 50.000 y una enfermera por cada 50.000. Con la ambigüedad mencionada respecto a la trabajadora social.

Otro documento de expertos a nivel nacional que tal vez conozcan ustedes, las Propuestas para una Atención Comunitaria de Salud Mental de calidad, de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, habla de necesidades de 1 psiquiatra por 20.000 habitantes; 1 psicólogo por 25.000; 1 enfermera por cada 33.000; y una trabajadora social por cada 100.000. Esto, que puede parecer un poco caprichoso, tiene que ver con una propuesta, que ellos defienden, de centro de salud mental mucho más amplio que el

gallego y ésta es la dotación que estiman necesaria para la atención directa a la población de adultos. Además la propuesta incluye dotar a los centros de un programa de rehabilitación con dotación específica, un programa de infanto-juvenil con dotación específica y otro de geriatría, de forma que las cifras totales son mucho más altas.

Y por último, respecto a la situación actual de Galicia mis datos difieren un poco, manejo datos de la propia Consellería, de los aportados antes por el doctor Angosto que hablaba de 1 psiquiatra por cada 38.000 habitantes. La diferencia está, creo yo, en que él excluye a la población infantil. Bien es cierto que hablamos de un servicio para adultos, lo que ocurre es que las cifras normalmente se dan referidas a población general, no se hace esa distinción, y considerando población general la situación actual es 1 psiquiatra por cada 47.000, 1 psicólogo por cada 83.000 y una enfermera por 104.000. En cuanto a los trabajadores sociales, y vuelvo a recordar la diferencia de las distintas zonas, en Galicia creo que tenemos una media de 1 por 300.000 trabajando en salud mental, pero no hay manera de saberlo porque realmente en pocos centros hay adscrito un trabajador social y normalmente comparten actividades con otros dispositivos.

Entonces la pregunta es ¿con esa dotación se pueden llevar a cabo las tareas antes mencionadas? Evidentemente no, aunque por algo había que empezar y se partía de una situación de carencia dramática, y ahora tenemos unos embriones de centros de salud mental y es importante tener conciencia de que son unos embriones que deben desarrollarse. El riesgo es creerse que tenemos desarrollada la red de atención.

Por último, quiero señalar una relación de problemas detectados dividiéndolos en esos cuatro apartados: del marco organizativo, de la estructura, de la función y presupuestarios.

1. Problemas del Marco Organizativo

- Ausencia de un Plan Gallego de Salud Mental que ordene las actuaciones. Esto es común a otras comunidades, creo que en ninguna comu-

nidad existe un plan de actuación en salud mental aprobado, no es una situación peculiar de Galicia.

- Insuficiente desarrollo de la atención primaria y servicios sociales.
- Ausencia de participación de los usuarios y los profesionales en la toma de decisiones. Considero que esto es muy importante porque el concepto de comunitario quiere decir en la comunidad, para la comunidad y con la comunidad.

2. Problemas Estructurales

2.1 Déficit de recursos en los dispositivos básicos

- Unidades de salud mental insuficientemente dotadas (1 por 83.000 habitantes).
- Escasez de camas en las Unidades de Agudos (0'8 por mil, se considera necesario 1 por mil, contando con una red de dispositivos extra-hospitalarios bien dotados, que no es el caso, y tenemos 0'8 por mil en Galicia). Y esta carencia tiene como consecuencia un frecuente trasiego de pacientes de uno a otro hospital de la comunidad gallega, con las consecuencias asistenciales y de molestias para los usuarios que de ellas se derivan.
- Persistencia de camas de hospitalización de agudos en los hospitales psiquiátricos. La última unidad de hospitalización que queda en estas condiciones es la de El Rebullón que se va a trasladar próximamente. Pero es un dato preocupante el que en Galicia las unidades de hospitalización de agudos están segregadas de los hospitales generales. Se han hecho complejos hospitalarios que integran sólo burocráticamente. Los complejos los forman hospitales bajo la misma gerencia, pero las unidades de hospitalización de agudos están en la mayoría de los casos ubicadas en hospitales de 2ª ó 3ª categoría, aparte y separados de los hospitales generales, de forma que esto no es una auténtica integración. Nosotros y nuestros pacientes seguimos marginados de los hospitales

generales.

- Escasez de plazas de Hospital de Día. Sólo hay 0'5 plazas por 10.000 habitantes.
- Escasez de Unidades infanto-juveniles.

2.2 Déficit de recursos en los dispositivos complementarios

Recursos de apoyo comunitario insuficientes. Se han creado unos cuantos pisos protegidos pero no son suficientes. Si queremos acabar realmente con el hospital psiquiátrico como lugar de exclusión, son claramente insuficientes. Actualmente están en proceso de transferencia a las asociaciones de familiares y con ello se está creando una situación jurídica e incluso asistencial ambigua, que debe ser clarificada.

Las unidades de apoyo social intermedio no existen realmente. Se han llamado así a las unidades que han creado, con distinto grado de desarrollo y con distinta implementación de recursos, las propias asociaciones de familiares, que han sido subvencionadas y apoyadas desde la Consellería pero de una forma, me van a permitir, medianamente tramposa, es decir, que por arte de la subvención, los talleres que la mayoría de las asociaciones tenían, se han convertido en talleres, centros de día y centros poli-facéticos y se señalan en la relación de dispositivos del Servicio Galego de Saúde como cumpliendo una doble función: centro de día, centro de apoyo social intermedio, etc., con bastante ambigüedad.

No existen Centros de Coordinación de las actividades de rehabilitación, están recogidos en el documento y antes lo señalaba el doctor Angosto, y es muy importante, porque si no, las actuaciones son arbitrarias o, cuando menos descoordinadas. Faltan eslabones fundamentales en el proceso de integración laboral, talleres de empleo protegido, cursos de capacitación, realmente sólo disponemos de los talleres en las propias asociaciones y son talleres ocupacionales, no son talleres de empleo protegido, son simples talleres ocupacionales, que cumplen una función, pero no cubren las necesidades de empleo de nuestros pacientes.

Y respecto al Equipo de Continuidad de Cuidados permítanme ponerle un interrogante ya que considero que la continuidad de cuidados tiene que ser una función, una función que corresponda a todos los dispositivos de la red, no sé si tiene que haber un equipo específico; en fin, de todas formas sería discutible. Esto viene un poco por señalar que, lo que antes mostraba el doctor Angosto en ese listado final de recursos no significa gran cosa. No me dice nada, por ejemplo que haya tres Unidades de Readaptación Psicosocial cuando yo no sé lo que es eso, no está tipificado, no está descrito y no están delimitadas sus funciones, y para subrayarlo he de decir que yo me acabo de enterar que hay tres unidades de readaptación psicosocial, supongo que se referirá a alguna de las prestaciones de las asociaciones, o a su conjunto, no lo sé; o que hay tres unidades de cuidados especiales porque tampoco está tipificado, yo trabajo en Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico Rebullón en Vigo y allí hay una Unidad de Cuidados Especiales a la que nosotros hemos llamado así con una caracterización propia, para uso interno. No sé si las otras dos que supuestamente existen en otros lugares son lo mismo, no sé si estamos sumando churras con merinas; vamos, en definitiva, no sabemos lo que estamos midiendo y lo que estamos valorando.

26

3. Problemas Funcionales

3.1 Generales

- Insuficiente coordinación intradispositivos, interdispositivos y supradispositivos.
- Dificultad de adecuación del perfil profesional al modelo comunitario. Dentro de los equipos los profesionales son de procedencias diversas, con distinta concepción de la asistencia y distintas actitudes y aptitudes, según su formación, y esto es muy importante, porque si tenemos un modelo que define nuestras actuaciones y los profesionales no lo apoyan, cosa que ocurre con frecuencia -es obvio que no todos los profesionales están de acuerdo con el modelo comunitario pero están tra-

bajando en la asistencia pública-, esto tiene como consecuencia que en la práctica se soslaye, cuando no se boicotea, francamente, el modelo, como ocurre por ejemplo al negarse a hacer una visita domiciliaria, o al limitarse a atender a los pacientes que acudan a consulta y todos sabemos lo que eso significa cuando estamos hablando de pacientes psiquiátricos.

- Rigidez burocrática que dificulta la contratación de personal especializado (psicólogos, enfermeras, etc.) que han hecho el PIR o la especialización de enfermería psiquiátrica y no pueden ser contratados porque hay unos modelos rígidos que dan prioridad a criterios de antigüedad sobre los de formación o experiencia y adecuación para la tarea.

3.2 Específicos

Unidad de Salud Mental

- 100 % del tiempo dedicado a la atención directa.
- El problema de la nueva demanda. Me refiero con esto a un fenómeno de los últimos años, consecuencia por un lado de la desestigmatización de la patología mental, por otro de la aproximación de los servicios a los usuarios, y finalmente de cierta “desesperanza social” que han conducido a la psiquiatrización de los problemas sociales, es decir, a una actitud colectiva de buscar ayuda psicológica o alivio ante problemas como el desempleo, o las tensiones laborales, en lugar de resolver los problemas en el ámbito en que se producen. Esta demanda, que puede ser muy lícita, absorbe gran parte del tiempo de los equipos, en detrimento de la atención a la patología severa, es decir, esa patología severa se ve relegada muchas veces por esta imperativa presión de la nueva demanda.
- La ausencia de programas de rehabilitación en las unidades de salud mental, hace imposible tener programas de rehabilitación. Para ello es necesario disponer de recursos técnicos y humanos suficientes.
- La falta de atención domiciliaria. En las unidades que la hacen es porque creen en ello y quieren. Quiero decir que se han dado casos de pro-

fesionales que se niegan a hacer este tipo de actividad y no se les puede obligar. De ahí lo que hablábamos antes de la necesidad de tipificar dispositivos y seleccionar al personal para la tarea específica.

- Escasa coordinación con asistencia primaria y servicios sociales.
- Ausencia de programas de prevención y educación sanitaria, es imposible hacerlos en esas condiciones.
- No garantía de continuidad de cuidados.
- Escaso soporte a las familias. Las familias son las que sufren y soportan las consecuencias de las patologías severas, como decíamos antes.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Como consecuencia de todo lo anterior:

- Aumenta el número de reingresos.
- Se produce el fenómeno de la puerta giratoria.
- Hay frecuentes traslados de pacientes para ingresos a otros hospitales porque hay más reingresos y las camas son insuficientes.
- Hay presión para el mantenimiento de las estancias medias.
- Hay dificultades para el alta por déficit de estructuras intermedias y de rehabilitación.

Unidades de Rehabilitación

- Se produce generalmente un estancamiento de los pacientes en las unidades de rehabilitación, tanto en las unidades hospitalarias como en los propios centros psicosociales, porque el programa de reintegración laboral no tiene los eslabones siguientes que permitan a los pacientes no estancarse ahí.
- Dificultades de las asociaciones de familiares para absorber e integrar la demanda que se les plantea, ellos cuentan con recursos muy limitados, no pueden hacerse cargo de todo lo que les llega.
- Falta de estructuras de coordinación.

4. Problemas Presupuestarios

- Un modelo de gestión de contención del gasto, que de alguna forma ejemplifica un cierto retroceso o abandono del modelo de bienestar. Esto no sólo atañe a Galicia sino al Estado en su conjunto y al resto de los países de nuestro ámbito.
 - Falta de dotación presupuestaria específica para la materialización de las propuestas de desarrollo. Por muy buena intención que tenga la Jefatura de Servicio de Salud Mental o la propia Consellería, si no hay una dotación presupuestaria específica para eso es muy difícil porque las necesidades de salud son amplias, diversas y hay que repartirlas con otros ámbitos, con frecuencia más reivindicativos socialmente.
 - Cierta tendencia, a mi modo de ver y desde una posición personal de defensa del sistema sanitario público, a la privatización de lo sociosanitario, como pone de manifiesto esa política de subvenciones a las asociaciones, por delegación en ellas de competencias y de funciones que deberían ser competencia, a mi juicio, de la propia Consellería de Sanidad y Servicios Sociales, etc.
 - Concluyendo, consideramos que el modelo asistencial es correcto pero está insuficientemente desarrollado y escasamente coordinado.
- Eso es todo. Gracias.



**Segunda mesa redonda:
La inclusión social
a través de la rehabilitación psicosocial
e integración laboral**

D. Isauro Gómez Tato

Jefe de Área de Salud Mental del Programa de Atención Sociosanitaria

La inclusión social a través de la rehabilitación psicosocial e integración laboral está dirigida a enseñar o mejorar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales, necesarias para vivir, aprender y trabajar en sus propios ambientes.

Si hacemos un poquito de historia de lo que es la enfermedad mental, y partimos de que la enfermedad mental comienza, allá por el siglo XIII o por el siglo XII, con creación por parte de los árabes fundamentalmente, de centros de excluidos. En el siglo XX teníamos los hospitales psiquiátricos, que cumplían una determinada función y era cubrir todas y cada una de las expectativas del enfermo mental, que son: tratamientos, alojamientos, comida, trabajo, relaciones sociales, poquito ocio y muchísimo tiempo libre. Yo procedo de un manicomio tradicional de Conxo y había poquito ocio, salvo las cartas típicas, el tute, y muchísimo tiempo libre. Sin embargo ya en el siglo XXI tenemos que empezar a hablar de otra manera. A finales de los años 90 y principios del siglo XXI, en donde todo aquello que es el antiguo hospital psiquiátrico que cubre todas las expectativas tiene que empezar a desestructurarse, se tiene que empezar a hacer una puerta abierta tal como nosotros lo vemos, y aquellas paredes o muros que significaban la exclusión, el alienado, de alguna manera, deben convertirse, gracias a un esfuerzo rehabilitador, en la integración del paciente en la comunidad.

Pero ¿qué es la rehabilitación? Porque todos hemos hablado y se habla continuamente de la rehabilitación y a veces confundimos o se ha confundido, desde los ámbitos gestores y administrativos, de igualar rehabilitación a reubicación. La rehabilitación no es la reubicación, la rehabilitación no es sacar a los enfermos mentales de los psiquiátricos y ponerles en minicomios, porque yo le llamo minicomios de alguna manera, o ponerles

en las casas de sus familias sin dar un programa, la rehabilitación es mejorar el ajuste social, el desempeño de patrones de conducta y autonomía, por lo tanto van a ser piezas imprescindibles para una buena rehabilitación y por tanto previas a una reubicación del enfermo mental. Los programas, indudablemente, tienen que estar enfocados a los objetivos apropiados de las personas, para las personas, y sobre todo basados en una evaluación global; una buena rehabilitación del trabajo sería una mala rehabilitación si no viene acompañada de una rehabilitación del ajuste social, y a la parte que ha de ser determinada en función de los determinados problemas y la gama diferente de los problemas psíquicos, fundamentalmente cuando hablamos de enfermedad mental hablamos de esquizofrénicos, pero la enfermedad mental es algo más que la esquizofrenia, así, por ejemplo, una esquizofrenia aguda, después de un ataque agudo, por decir de alguna manera el primer brote de esquizofrenia, la rehabilitación ha de ser ayudar al paciente a que efectúe un ajuste estable al máximo nivel que sea capaz y en el mínimo tiempo posible, esa es la opción. Existe otro campo de la rehabilitación que son los problemas de conducta y otros problemas psiquiátricos que muchas veces son difíciles o más difíciles que la propia esquizofrenia de hacer un ajuste social porque son mucho más complicados los problemas y a veces no se sabe muy bien cuál es la etiología.

En el caso de que una enfermedad sea crónica tendremos que pensar que generarán impedimentos, se adoptarán actitudes o hábitos personales que impedirán alcanzar un comportamiento social óptimo, por lo tanto ya partimos de que una enfermedad que tiene un problema determinado va a tener un impedimento, una discapacidad determinada; dependerá la rehabilitación también de la escolaridad, dependerá de la falta de entrenamiento en el trabajo, dependerá de los marcos familiares, de sus carencias, de la propia enfermedad, y sobre todo, de una manera especial, de desventajas sociales. De entrada, el enfermo mental ya tiene un estigma y ese es el que tenemos que olvidar, pero sobre todo la rehabilitación. Hay que tener muy en cuenta que cada persona tiene un cuadro de incapacidad que es único, la rehabilitación tiene que ser individualizada y perso-

nalizada, no tiene que ser general, lo general no nos va a conducir más que a otro “gueto”.

¿Cómo inicio una buena rehabilitación? Para hacer una buena rehabilitación primero es necesario, por lo tanto, hacer una buena evaluación, es algo que siempre nos olvidamos o que muchas veces nos olvidamos, si no hacemos una buena evaluación de un caso no podemos hacer una buena rehabilitación. Severidad, ¿qué talentos son los que puedo yo desarrollar?, trazar un plan, proporcionar ayuda profesional tanto a pacientes como a parientes es previo a cualquier tipo de intervención; una evaluación clínica, por ejemplo, el modo como el paciente haya reaccionado en el pasado o cómo lo hará en el futuro, qué intervenciones tendrán éxito y cómo se debe proceder a las mismas, son básicas para cualquier tipo de intervención; una evaluación social, tan importante y tan olvidada muchas veces.

Acabamos de ver los recursos de salud mental y la trabajadora social está en interrogantes, eso es para mí un gran defecto de la salud mental en esta comunidad, actitudes y respuestas de los familiares, relaciones personales, las responsabilidades que se adoptan ante el problema. Una evaluación de la rehabilitación excluyendo la familia es una mala evaluación de la rehabilitación. Sobre todo, los que trabajamos en instituciones, muchas veces tenemos que pensar que cuando hacemos una evaluación la tenemos que hacer en donde el paciente va a estar en cualquier momento del día, una evaluación realizada o un comportamiento realizado en una unidad hospitalaria no tiene nada que ver con un comportamiento, con una situación creada en su domicilio, en la calle, en el lugar de trabajo..., por lo tanto, es importante hacer la evaluación en cualquier sitio donde el paciente residente va a estar y sobre todo de una manera continua y más general. Hay que valorar las capacidades laborales, hay que valorar las capacidades domésticas, hay que evaluar qué es lo que hace el paciente en su tiempo libre. Eso es lo que tenemos que evaluar.

Los problemas diana van a ser sobre los que primero tendremos que actuar, por orden de prioridades y sobre todo tenemos que señalar unas metas reales, de acuerdo con el paciente y de acuerdo con los parientes

y demás personas interesadas, enseñar a un esquizofrénico a trabajar con un ordenador cuando va a vivir en un área rural donde la luz falla continuamente no es adaptado, y enseñarle a un esquizofrénico que ha trabajado siempre en la agricultura, a pescar para integrarlo en un barco de pesca no es adaptado, por lo tanto tiene que ser de acuerdo a las necesidades propias y de lo que tiene más el lugar. La supervisión de la primera evaluación, así como de las metas, ha de ser de una manera continua.

En cuanto al asesoramiento del enfermo, tenemos que tener en cuenta que hay una serie de cursos, expectativas y actitudes, que ya hay que tener en cuenta sobre todo de los pacientes y los parientes, áreas como la comunicación, actitudes hacia la medicación tantas veces olvidada, tan necesaria y sobre todo tan efectiva en estos momentos para prevenir determinadas situaciones, el retraimiento social que lo que hace es dignificar a la persona, la integración, entre otras son básicas para un buen tratamiento. Así, tenemos áreas, por ejemplo alojamiento. Tendremos que buscar un alojamiento alternativo, aptitudes de cuidado del hogar, cuidado personal, enseñar habilidades sociales, situaciones físicas, control médico, psicoeducación, situaciones de sus problemas médicos, el alcohol y las drogas, muchas veces nos olvidamos de que nuestros familiares afectados por una enfermedad tienen un alto consumo de sustancias tóxicas, sobre todo peligrosas para su estado psíquico, la compañía, las relaciones de pareja, la sexualidad que no es un tabú sino una necesidad, el cuidado de los hijos para aquellos que ya son padres, una educación básica sobre todo para poder conectar, interpretarse e interpretar los papeles de la vida, utilización de teléfono o transporte y, sobre todo, ayudas sociales.

¿Dónde tengo que realizar la rehabilitación? En casa, en la calle, en los centros de día, en el hospital, en cualquier lugar en el que el paciente esté y a cualquier hora, del día o de la noche, tengo que tener en cuenta, y tenemos que tener en cuenta que la rehabilitación empieza desde el primer día que se tiene conocimiento de la enfermedad. Es decir, que desde la exclusión en el hospital a la atención en la comunidad hay varios pasos y varias situaciones y no consiste tan sólo en una reubicación.

¿Qué es lo que hemos hecho en nuestra comunidad? En esta comunidad, en estos momentos, desde el programa de atención sociosanitaria se están desarrollando lo que son los centros de rehabilitación Psicosocial y Laboral, como alternativas a la institucionalización y como acercamiento del paciente a la comunidad. Son atenciones diurnas de pacientes crónicos con soporte o medio familiar adecuado, con una función: rehabilitar de una manera ambulatoria y evitar las recaídas y los ingresos hospitalarios. La dependencia funcional, como bien saben todos ustedes, es de las asociaciones de familiares, y están subvencionadas por la Consellería pues, con lo que ha dicho anteriormente el secretario, en torno a 142 millones de pesetas en el año 2001. En este mapa de Galicia, tenemos situados con una flechita todos los centros, que son 14 en estos momentos, que se encuentran en la comunidad, este es un mapa donde habla de densidad poblacional, y vemos que en aquellos sitios donde hay mayor densidad poblacional, esto es La Coruña (para los que son de fuera), esto es Ferrol, esto es Santiago, esto es Vigo y esto es el Salnés, La Comarca de Arosa, la que digo yo de los narcotraficantes y de las bellas situaciones ¿no?, pues hay gran concentración de recursos. Esta es la ciudad de Orense, la provincia de Orense, aquí tenemos uno. Y aquí tenemos en Lugo una parte un poco desprotegida, que es una zona bastante montañosa, bastante despoblada, con un alto envejecimiento; por lo tanto con menor número de personas mayores. En la próxima legislatura 2002-2006, el objetivo nuestro es como mínimo, tener un centro en cada área sanitaria y con posibilidad de que el año que viene o en el 2003 se creen al menos tres centros nuevos, uno en el Barco (que es en esta zona de aquí), otro que es en la costa de la zona de Burela, y otro en Cee o Costa de la Muerte que le llaman donde están los buenos percebes.

En cuanto a los pisos o alojamientos también vemos que están distribuidos por toda la comunidad, pues son 23 pisos o viviendas protegidas, aunque todavía no están abiertos todos, tengo que decirlo, esperamos que a lo largo de este año se abran. Nuestra previsión es ir creciendo en plazas alternativas, nuestra ratio en estos momentos es un 2%-3%; un 3 por cada 100.000 habitantes, el ratio óptimo de la Organización Mundial

de la Salud es de 20 por cada 100.000 habitantes, desde luego alcanzar esa cifra va a significarnos bastantes legislaturas, pero intentaremos hacerlo por lo menos antes de 2050.

¿Cuál es la otra cara de la exclusión? Yo quiero no olvidar, y sobre todo hacer referencia a todos los que estáis aquí sobre la otra cara de la exclusión, que es la familia. La familia es la gran excluida del enfermo mental y digo la gran excluida porque las personas que los rodean son quienes los excluyen. He tomado con licencia digamos, esta fuente del doctor Rebolledo que en el año 94 hizo con las familias y que fue publicado por FEFES en cuanto a la situación, la problemática familiar que generaba un enfermo mental en la familia, pues tenemos que un 40% de ellos tienen conflictos con la familia, no del paciente sino de los cuidadores, la propia familia; que el 10% ha perdido amistades; que otro 8%-9% tienen pérdidas económicas, dificultades económicas; y que un 15% ha tenido pérdidas en el tiempo libre. Esto se asemeja mucho a lo que está ocurriendo en estos momentos con los familiares de los enfermos de Alzheimer, con la única diferencia de que ustedes por suerte son más jóvenes y los cuidadores de los enfermos de Alzheimer suelen ser mayores, por lo tanto la expectativa de vida es más corta, sin embargo los cuidadores suelen ser también más mayores.

¿Qué sentimientos tengo yo cuando tengo un enfermo? Primero enojo, un gran enojo, sobre todo cuando uno debe aceptar la pérdida de las ilusiones puestas en su hijo, generalmente la esquizofrenia ataca en la edad en donde el chico o el adulto ya empieza a trazar su plan de vida. Muchos han dejado los estudios en BUP, alguno en un principio de carrera universitaria, otros no han llegado ni siquiera al BUP, y nuestros pensamientos o nuestras ideas de sentimiento de qué es lo que podría ser nuestro hijo se ven truncados; luego tenemos que pensar siempre ¿por qué me ha ocurrido a mí? Y finalmente, en esta situación nos vemos aislados porque no somos ayudados por nuestras propias familias. Impotencia, una gran impotencia sobre algo que no podemos evitar, no podemos modificar, para evitar esta impotencia debemos concentrar la atención en pequeñas cosas modificables, pequeños avances, como que el chico no necesite en

vez de tres dosis al días que necesite ya dos, eso ya es un gran avance, y sobre todo, lo que muchas veces ocurre es que no hacemos partícipes de nuestros problemas a los profesionales, a la pareja. En Argentina estaban las madres de Mayo pues aquí tenemos a las madres del esquizofrénico. Cuando se hablaba en Galicia del meigallo siempre se pensaba en el enfermo mental, cuántas brujas fueron quemadas por ser esquizofrénicas, y existe culpabilidad de que si nosotros hemos fallado en algo de lo que sucedió o de lo que sucede, de que si la enfermedad no mejora o empeora nos sentimos culpables de ello, de que todo no vaya como uno desea, del abandono de los demás sobre todo. De sentirse solo, nadie, aparte de nosotros, podrá entender realmente lo que pasamos. No debemos asumir el papel sobre todo de que somos los únicos que podemos hacer algo por él, y sobre todo no podemos creer que esto es un castigo y que debemos cargar solos con la culpa; podemos sentir tristeza, desánimo, frustración, cansancio, agobio. Necesitamos, y en esto quiero insistir, necesitamos descansar, necesitamos estar con los amigos, aquí estáis, necesitamos tener ratos de soledad, necesitamos reír, la risoterapia es tan fundamental, necesitamos compartir los problemas, convencernos de la verdadera causa de la enfermedad de nuestro hijo.

Y quiero terminar con esta transparencia en donde en 1955 se decía que gran parte de la rehabilitación se efectuaba a base de fe, esperanza y buen ojo. Hoy, afortunadamente, la rehabilitación se basa en una buena evaluación, una planificación individualizada y mucho trabajo.

Muchas gracias.




**XI JORNADAS FEAFES 2001
SI A LA ATENCIÓN NO A LA EXCLUSIÓN**

LA INCLUSIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL E INTEGRACIÓN LABORAL

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y RECURSOS


Isauro Gómez Tato
Subd. Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria
C. De Sanidade e Servizos Sociais



REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DIRIGIDAS A ENSEÑAR O
MEJORAR LAS HABILIDADES FÍSICAS, EMOCIONALES E
INTELECTUALES NECESARIAS PARA VIVIR, APRENDER Y
TRABAJAR EN SUS PROPIOS AMBIENTES.

(Anthony y Nemeç, 1984)





EL ENFERMO MENTAL HASTA BIEN ENTRADO EL S. XX

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:
CUBRE TODAS LAS AREAS DE
LA VIDA DE UNA PERSONA

TRATAMIENTO; ALOJAMIENTO;
COMIDA; TRABAJO; RELACIONES
SOCIALES; OCIO Y TIEMPO LIBRE ...



EL ENFERMO MENTAL EN EL S. XXI

ANTIGUO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO:
CUBRÍA TODAS LAS
AREAS DE LA VIDA DE
UNA PERSONA

ESFUERZO
REHABILITADOR

EL PACIENTE EN LA
COMUNIDAD





¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN?

- LA REHABILITACIÓN NO SÓLO ES UNA PREPARACIÓN PARA LA REUBICACIÓN.
- LA MEJORA DEL AJUSTE SOCIAL, EL DESEMPEÑO DE PATRONES DE CONDUCTA Y LA AUTONOMÍA, SON PIEZAS IMPRESCINDIBLES DE UNA BUENA REHABILITACIÓN Y POR LO TANTO PREVIA A LA REUBICACIÓN.
- LOS PROGRAMAS HAN DE ESTAR ENFOCADOS A LOS OBJETIVOS APROPIADOS PARA LA PERSONA Y BASADOS EN UNA EVALUACIÓN GLOBAL.



.../...



- EN FUNCIÓN DE LA GAMA DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS.
- EN UNA ESQUIZOFRENIA, DESPUES DE UN ATAQUE AGUDO, LA REHABILITACIÓN ES AYUDAR AL PACIENTE A QUE EFECTÚE UN AJUSTE ESTABLE AL MÁXIMO NIVEL QUE SEA CAPAZ.
- LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS, CON GRANDES DIFICULTADES ALCANZAN UNA SOCIALIZACIÓN ADECUADA.



.../...



- SI SU ENFERMEDAD ES CRÓNICA, SE GENERARÁN IMPEDIMENTOS, SE ADOPTARÁN ACTITUDES O HÁBITOS PERSONALES, QUE IMPEDIRÁN ALCANZAR UN COMPORTAMIENTO SOCIAL ÓPTIMO.
- LA ESCOLARIDAD, LA FALTA DE ENTRENAMIENTO EN EL TRABAJO LOS MARCOS FAMILIARES, SUS CARENCIAS O LA PROPIA ENFERMEDAD, PRODUCIRÁN DE UNA MANERA ESPECIAL DESVENTAJAS SOCIALES.
- CADA PERSONA TIENE UN CUADRO DE INCAPACIDAD ÚNICO.





¿CÓMO INICIO LA REHABILITACIÓN?

- PARA HACER UNA BUENA REHABILITACIÓN PRIMERO ES NECESARIO REALIZAR UNA BUENA EVALUACIÓN.
- SEVERIDAD, CRONICIDAD, QUÉ TALENTOS PUEDO DESARROLLAR, TRAZAR UN PLAN, PROPORCIONAR AYUDA PROFESIONAL, TANTO A PACIENTES COMO PARIENTES... ES PREVIO A CUALQUIER INTERVENCIÓN.
- UNA EVALUACIÓN CLÍNICA: EL MODO COMO EL PACIENTE HAYA REACIONADO EN EL PASADO INDICA CÓMO LO HARÁ EN EL FUTURO, QUÉ INTERVENCIONES TENDRÁN ÉXITO Y CÓMO SE DEBE PROCEDER EN LAS MISMAS. .../...



- UNA EVALUACIÓN SOCIAL: ACTITUDES Y RESPUESTAS DE LOS FAMILIARES; RELACIONES PERSONALES; LA RESPONSABILIDAD QUE SE ADOPTA ANTE EL PROBLEMA...
- NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EL COMPORTAMIENTO Y EL RENDIMIENTO OBSERVADOS EN UN AMBIENTE PROTEGIDO QUIZÁ NO CORRESPONDAN A LAS PRESENTADAS EN EL HOGAR O EN UN EMPLEO ABIERTO.
- LA EVALUACIÓN DEBE SER UN PROCESO CONTINUO Y MÁS GENERAL, CON LAS CAPACIDADES LABORALES, DOMÉSTICAS, DEL TIEMPO LIBRE...



.../...



- LOS PROBLEMAS DIANA SE SELECCIONAN EN ORDEN DE PRIORIDAD.
- LAS METAS REALES SE SEÑALAN DE ACUERDO CON EL PACIENTE, LOS PARIENTES Y DEMÁS PERSONAS INTERESADAS.
- LA SUPERVISIÓN Y REEVALUACIÓN, ASÍ COMO LAS NUEVAS METAS HAN DE SER CONTINUAS.



LA REHABILITACIÓN Y EL ASESORAMIENTO DEL ENFERMO

- EL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA ESTÁ DETERMINADO POR LAS ACTITUDES Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES, PARIENTES.
- ÁREAS COMO LA COMUNICACIÓN, ACTITUDES ANTE LA MEDICACIÓN Y RETRAIMIENTO SOCIAL ENTRE OTRAS, SON BÁSICAS PARA UN BUEN TRATAMIENTO.



LA REHABILITACIÓN: EL PROCESO

Áreas	Intervenciones
alojamiento	alternativo
alimentación cuidado del hogar cuidado personal AVD	habilidades sociales
salud física síntomas psicóticos información acerca del estado y tratamiento angustia seguridad hacia sí mismo seguridad de los otros	control médico psicoeducación
	.../...

Áreas	Intervenciones
alcohol drogas	educación para la salud
compañía relaciones de pareja sexualidad	ocio y tiempo libre habilidades sociales
cuidado de los hijos	ayuda domiciliaria
educación básica	educación de adultos
teléfono transporte dinero	habilidades sociales
ayudas sociales	trabajo social



¿DÓNDE SE REALIZA LA REHABILITACIÓN?

- EN CASA, EN LA CALLE, EN LOS CENTROS DE DÍA, EN EL HOSPITAL, EN CUALQUIER LUGAR EN QUE EL PACIENTE ESTÉ, A CUALQUIER HORA.
- LA REHABILITACIÓN EMPIEZA DESDE EL PRIMER DÍA QUE SE TIENE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD.



LA REHABILITACIÓN EN GALICIA

- DESDE LA EXCLUSIÓN EN EL HOSPITAL A LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD.





C.R.P.L.

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL

•ALTERNATIVA a la institucionalización para el enfermo mental crónico estabilizado como desarrollo del decreto de salud mental.

•OBJETIVOS:

- Atención diurna a pacientes crónicos con soporte en el medio familiar o recurso alternativo.
- Evitar las recaídas y el reingreso hospitalario.
- Potenciación de la rehabilitación ambulatoria.

•DEPENDENCIA FUNCIONAL con las asociaciones de familiares y entidades de iniciativa social.

SUBVENCIONADOS por la C. de Sanidade e Servicios Sociais.

2001_ 142 millones, lo que supone un 200% de incremento en la presente legislatura.



C.R.P.L. 2001







EFECTOS QUE SOBRE LA FAMILIA CAUSA UNA PERSONA ENFERMA

ENOJO

- Cuando uno debe afrontar las pérdidas.
- De ilusiones puestas en su hijo.
- ¿Por qué me ha ocurrido a mí?
- No es ayudado por la familia.



.../...

50



IMPOTENCIA

- Para evitarlo, concentre su atención en pequeñas cosas modificables.
- Haga participe de sus problemas a los profesionales, pareja y consiga su ayuda para lograr pequeños avances.



.../...



CULPABILIDAD

- De lo que sucedió y lo que sucede.
- De si la enfermedad empeora o no mejora.
- De que todo no vaya como uno desea.
- Del abandono de los demás.



.../...



SENTIRSE SOLO

- Nadie, aparte de nosotros, podrá entender realmente lo que pasamos.
- No debemos asumir el papel de ser los únicos que podemos hacer algo por él.
- Creer que esto es un castigo y que debemos cargar solos con la culpa.



.../...



PUEDE CAUSAR

- Tristeza
- Desánimo
- Frustración
- Cansancio
- Agobio
- Desesperanza
- Culpabilidad
- ...



.../...

52



NECESITA

- Descansar
- Estar con los amigos
- Tener ratos de soledad
- Reír
- Compartir los problemas
- Convencimiento de la verdadera causa de la enfermedad de su hijo





EN 1955 SE DECÍA QUE GRAN PARTE DE LA REHABILITACIÓN SE EFECTUABA A BASE DE FE, ESPERANZA Y BUEN OJO.

HOY, LA REHABILITACIÓN, AFORTUNADAMENTE, SE BASA EN UNA BUENA EVALUACIÓN, UNA PLANIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA Y MUCHO TRABAJO.



D. Jorge Barros de la Peña

Jefe del Servicio de Apoyo a Emprendedores (Dirección Xeral de Fomento do Emprego)

Buenos días, soy Jorge Barros de la Peña, Jefe del Servicio de Apoyo a Emprendedores de la Dirección General de Fomento del Empleo, integrada en la Consellería de Familia y Promoción del Empleo, Mujer y Juventud. Antes de nada quería agradecer a la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales y en concreto a la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales de Galicia, la invitación que nos ha realizado para exponer y darles a conocer los programas de ayudas que la Consellería de Familia y Promoción del Empleo, Mujer y Juventud diseña y gestiona con la finalidad de lograr la inserción socio-laboral del colectivo de personas con enfermedad mental.

Antes de comenzar quiero confesarles que, seguramente, de todos los ponentes que participen en este Congreso, voy a ser el menos especialista en el conocimiento de la realidad de las personas con enfermedad mental.

He participado en jornadas organizadas por las asociaciones representativas de otros colectivos de personas con minusvalías y la verdad, creo que, con mucha razón, siempre se han quejado del desconocimiento que tiene la sociedad en general, incluida la Administración Pública, salvo la Administración específica como en este caso son los Servicios Sociales, de la realidad diaria y de las dificultades con que se enfrentan quienes trabajan y tratan cotidianamente con los distintos colectivos de personas con discapacidad; yo soy un ejemplo de esta realidad pues desconozco, aunque puedo hacerme una idea, el trabajo que se realiza con este colectivo. Dado este desconocimiento, mi exposición se va a centrar genéricamente en los programas de ayudas y subvenciones que tienen por finalidad facilitar la inserción socio laboral de las personas con discapacidad, y ustedes que conocen su realidad tendrán que hacer el proceso mental de ajustar estos programas a la realidad en la que trabajan, y seguramente luego, en

el taller de empleo en el que vamos a participar saldrán muchos temas interesantes.

Como muchos de ustedes proceden de fuera de Galicia, pues estamos en un congreso nacional, intentaré explicarles por qué está en esta mesa redonda un funcionario de la Consellería de Familia y Promoción de Empleo, Mujer y Juventud.

En la Xunta de Galicia, la Consellería de Familia y Promoción del Empleo, Mujer y Juventud es el Departamento que gestiona las medidas activas de empleo, es decir, los programas de servicios y de incentivos económicos que tratan de mejorar la empleabilidad y ocupabilidad de los trabajadores desempleados de Galicia, mientras que por su parte la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales es la que gestiona las medidas asistenciales y prestaciones relativas a las personas con discapacidad.

Por su parte, en el organigrama de la Consellería de Familia y Promoción del Empleo, Mujer y Juventud existen dos Direcciones Generales: La Dirección General de Formación y Colocación que gestiona, fundamentalmente, los servicios que desde la Consellería se prestan a las personas desocupadas para facilitarles su incorporación al mercado laboral, como es el servicio de Formación Ocupacional a través de la impartición de cursos dirigidos a trabajadores desempleados para que éstos adquieran las habilidades y las cualificaciones profesionales para desempeñar un oficio o profesión; el servicio de orientación laboral que tiene por finalidad evaluar, orientar y reorientar tanto las demandas formativas como las demandas laborales de los trabajadores desempleados para ajustarlas a sus características personales y a las del mercado laboral actual y el servicio de intermediación laboral que realiza la labor de emparejar las ofertas de trabajo que realizan los empresarios y las demandas de trabajo planteadas por los trabajadores.

Y por otro lado está la Dirección General de Fomento del Empleo que diseña y gestiona los programas de ayudas y subvenciones para la creación de empleo, entre estos programas destacan los que incentivan las contrataciones por cuenta ajena; los programas que incentivan el autoempleo indi-

vidual o colectivo; el programa de creación y mantenimiento de los Centros Especiales de Empleo, en el que centraré mi exposición; y los programas de las Escuelas-Taller, talleres de empleo y programas de cooperación, que son programas mixtos de formación y empleo que tratan de proporcionar a la vez una formación y una experiencia laboral a los trabajadores que participan en ellos.

La política de integración laboral de las personas con discapacidad está estructurada en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido, a través de tres instrumentos:

- El principal, y el objetivo deseable, es que las personas con discapacidad se incorporen a un empleo ordinario como la mejor fórmula de inserción socio-laboral de este colectivo. Pero dadas las circunstancias que concurren en el colectivo de los trabajadores con discapacidad, que se caracteriza por un bajo nivel de cualificación, una experiencia laboral escasa, una falta de adaptación de los puestos de trabajo a sus discapacidades, un sobreproteccionismo por parte de las familias y una cierta concepción negativa por parte del empresariado que, fundamentalmente, ve en estas personas las discapacidades y no las posibilidades que en realidad tienen, existe una gran dificultad para incorporarlos a un empleo ordinario.
- Otro instrumento son las Fórmulas de Empleo Protegido, que son los Centros Especiales de Empleo.
- Y por último, se crean o establecen los Centros Ocupacionales de los que ya se ha hablado en la mesa anterior y que en la Comunidad Autónoma de Galicia los gestiona la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales.

¿Cuáles son los programas específicos de incentivos que gestiona la Dirección General de Fomento del Empleo para intentar conseguir que las personas con discapacidad desempleadas se incorporen al mercado laboral con carácter estable?

En primer lugar, gestionamos un programa de incentivos a la contratación por cuenta ajena que otorga una subvención, que puede alcanzar la cuan-

tía de 850.000 pesetas, a las empresas que contraten con carácter indefinido, a tiempo completo o a tiempo parcial, a un trabajador desempleado con discapacidad, incentivo que se complementa con bonificaciones en las cuotas empresariales a la Seguridad Social, del 70% cuando se trate de trabajadores menores de 45 años, del 90% en el caso de mayores de 45 años. También se conceden a las empresas una ayuda de 150.000 pesetas para la adaptación del puesto de trabajo a las minusvalías de los trabajadores contratados.

Existe también un programa específico de promoción del empleo autónomo de personas con discapacidad, en las que se le conceden ayudas de 750.000 pesetas, en concepto de subvención financiera, para conseguir que la financiación bancaria sea más blanda: 650.000 pesetas para la inversión en activo fijo que tenga que realizar para la puesta en marcha del negocio y 600.000 pesetas para renta de inicio de actividad que es una renta que pretende asegurar unos ingresos mínimos durante el comienzo del funcionamiento de la empresa que es la etapa más dura de la puesta en marcha de todo negocio.

En el programa genérico de Promoción de Empleo en Cooperativas y Sociedades Laborales existe una especificidad concreta de las personas con discapacidad que consiste en el incremento de un millón de pesetas en la cuantía de la ayuda por la incorporación de socio trabajador a una cooperativa o sociedad laboral; llegando a percibirse por la incorporación como socio trabajador, de un trabajador con discapacidad, a una cooperativa o sociedad laboral, un millón y medio de pesetas.

También existen, los programas de escuelas-taller, casas de oficio y talleres de empleo, que he enunciado al comienzo de la ponencia, en los que las personas con discapacidad son colectivos preferentes para incorporarse a estos programas.

Por último, gestionamos el programa que va dirigido específicamente a los trabajadores con discapacidad, que es el programa de apoyo a la creación, ampliación y mantenimiento de Centros especiales de Empleo. Los centros especiales de empleo son centros de trabajo en los que la plantilla,

como mínimo, esta integrada en un 70% por trabajadores minusválidos y con una minusvalía igual o superior al 33%.

Los centros especiales de empleo pueden solicitar:

- A) Para la creación o la ampliación de la plantilla del centro especial de empleo, existe una subvención que puede llegar a los 2.000.000 de pesetas por puesto de trabajo, creado con carácter indefinido, y puede adoptar tres modalidades:
1. Asistencia técnica: que subvenciona parcialmente el coste de la asesoría necesaria para la puesta en marcha del centro o bien de la contratación de gerentes y de personal cualificado que se precise para el desarrollo de la actividad.
 2. Una subvención financiera, que pretende proporcionar una financiación ajena en condiciones más ventajosas que las existentes en el mercado financiero, reduciendo los intereses que se devengan por el préstamo que se solicite para financiar inversiones en activo fijo.
 3. Una subvención para financiar la inversión en activo fijo. Los centros especiales de empleo que se consideren proyectos de reconocido interés social podrán beneficiarse de esta ayuda calculada en función de la inversión en activo fijo realizada.
- B) Además de estas subvenciones a la creación o ampliación de plantilla, a los centros especiales de empleo para el mantenimiento del centro y de sus puestos de trabajo, se les otorga una subvención del coste salarial, en la que se abona el importe correspondiente al 50% del salario mínimo interprofesional, por cada puesto de trabajo ocupado por una persona con discapacidad con contrato indefinido que realice una jornada de trabajo normal y que esté de alta en la seguridad social; bonificación del 100% de la cuota empresarial a la seguridad social, incluidas las de accidente de trabajo y enfermedad profesional que tenga que realizar; también se conceden subvenciones de hasta 300.000 pesetas para la adaptación de los puestos de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas, para todas aquellas adecuaciones que tengan que realizar en relación con la minusvalía de estos tra-

bajadores; además se establecen subvenciones de carácter excepcional destinadas a equilibrar y sanear financieramente los centros especiales de empleo, con la finalidad de conseguir su reestructuración para alcanzar niveles de productividad y rentabilidad que garanticen su viabilidad y estabilidad y en aquellos casos en los que el centro especial de empleo carezca de ánimo de lucro, sea de utilidad pública e imprescindible por la labor que desarrolla, se le puede conceder una subvención destinada a equilibrar su presupuesto, siempre y cuando los resultados económicos adversos no se deriven de una deficiente gestión del mismo.

Hasta aquí mi exposición de los programas que la Consellería de Familia y Promoción del Empleo, Mujer y Juventud y en la Dirección General de Fomento de Empleo que están diseñados para facilitar la integración en el mercado laboral de las personas con discapacidad.

Yo creo que tampoco debo extenderme más, y seguramente en el taller de empleo que hay a continuación, saldrán muchos temas y podamos sacar buenas conclusiones.

Muchas gracias por la atención prestada.

D. Laureano Otero Barrio

Director del Departamento de Creación de Empresas del Fondo de Formación

Buenos días, antes de empezar quisiera agradecer a todos su asistencia aquí, y disculpar la de Vicente Martínez Graña que en su condición de Delegado Territorial del Fondo Formación y Empleo, Fondo de Formación de Galicia, era quien tenía que estar en mi lugar, pero se encuentra ausente por problemas familiares y que en algunos de los trípticos informativos aparece como ponente hoy aquí.

Cuando desde la gerencia de FEAFES GALICIA, Julio Nistal, y aprovecho aquí la ocasión y el foro para declarar la gran labor que están realizando Julio Nistal y todo su equipo en FEAFES GALICIA, a pesar de la precariedad de medios con la que cuentan, porque es de recibo decirlo, y así lo digo, pues cuando desde la gerencia de FEAFES GALICIA, Julio Nistal nos propuso participar en este foro, no sólo como colaboradores tecnológicos sino también como ponentes, en nuestra condición de expertos en formación, para hablar de formación e inserción en la empresa ordinaria pues a mí me surgió una cuestión que le planteé inmediatamente, le dije: “bueno Julio, pero ¿de qué quieres que hablemos?” Porque, si bien es cierto que desde el punto de vista potencial, sobre la inserción laboral en la empresa ordinaria del enfermo psíquico se puede hablar mucho, desde el punto de vista real se puede hablar más bien poco, por desgracia. Es decir, hay una realidad más bien escasa y hay una potencialidad amplia y grande sobre la que se podría hablar y mucho.

El problema fundamental que se plantea con los minusválidos psíquicos o enfermos psíquicos es que se engloban dentro de la categoría más amplia de minusválidos en general, y pasan a ser como el hermano pobre o el patito feo de un colectivo que aquí, en España, alcanza las 3.500.000 de personas. Existen a día de hoy 3.500.000 de personas con certificado de minusvalía, de las cuales 800.000 son enfermos psíquicos y de esos

800.000, 300.000 son esquizofrénicos. Sin embargo, existen pocos o poquísimos programas o planes de inserción laboral orientados específicamente al enfermo psíquico y más todavía orientados a la inserción laboral en la empresa ordinaria. En esta gráfica vemos que los minusválidos, 3.500.000 de personas, equivalen al 8% de la población española, es decir, es un porcentaje bastante amplio y dentro de ese porcentaje el 19%, es decir, una quinta parte de ellos, son enfermos psíquicos, por eso llama la atención el hecho de que no existan, sin embargo, planes o proyectos específicos orientados a la inserción laboral de estas personas en la empresa ordinaria. El 30% de los cuales son esquizofrénicos, a nadie se le escapa la necesidad de tratamientos, como ha explicado antes aquí tanto Isauro como Jorge Barros, la necesidad de tratamientos y de asistencia específica para ellos, distintos de los que necesitan o precisan el resto de los minusválidos o todo el resto de las categorías que se pueden englobar dentro de los minusválidos, sin embargo, no existen.

62 Cada año, además, se diagnostican 25.000 casos más, de los cuales solamente trabajan el 30% y en un número enorme, un porcentaje enorme a través de los centros especiales de empleo, y sin embargo, el 85% de las familias asociadas encuestadas, de las cuales seguro que se encuentra alguno de ustedes, lo que más temen es el incierto futuro que les espera a sus familiares cuando ellos falten.

Desde el Fondo Formación o Fondo Formación y Empleo, que somos una entidad de carácter estatal, dependiente del Ministerio de Trabajo y de las Asociaciones Empresariales y sindicales, hemos realizado durante más de 16 años actividades formativas tendentes a integrar a lo minusválidos. Sin embargo y a lo largo de esos 16 años, no hemos encontrado todavía ninguna que se refiera específicamente a los minusválidos psíquicos o enfermos psíquicos, sino que en ellas se engloban todas las categorías de minusválidos con las particularidades y diferencias claras y evidentes, que todos ustedes conocen, entre todos ellos.

Por tanto, es necesario una inserción laboral real, y es necesaria no sólo a través de los centros especiales de empleo, sino que habrá un por-

centaje, y ese porcentaje será amplio, de personas con minusvalías psíquicas que puedan y deban ser insertados, habitualmente, desde las instituciones y los centros asistenciales.

Es necesario también un sistema de formación polivalente, y si bien, los centros especiales de empleo han funcionado perfectamente, hay que ir un poco más allá. Jorge hablaba antes del autoempleo, y es verdad, hay que mejorar la competitividad en el mercado laboral de esta gente, hay que generar negocio con esta gente y hay que ofertar también buenos productos tanto a través de los centros especiales de empleo como de los Talleres de empleo protegido que realmente su funcionamiento es nulo o muy escaso.

Cuando una persona está en el paro, puede ser por dos razones:

- A) Por condiciones externas al trabajador: como puede ser la demanda, puede ser un cambio tecnológico, puede ser una discriminación sexual, sobre las cuales no tenemos influencia.
- B) Pero también suele estar en el paro por condiciones personales del trabajador, y sobre esas sí son sobre las cuales nosotros podemos influir. De todas estas variables, la formación es lo más evitable, el más evitable de los factores que implican una disminución de la capacidad de trabajo de la persona con minusvalía, y por eso debemos de incidir ahí fundamentalmente.

La integración laboral implica la conjunción de servicios médicos, servicios sociales, servicios de orientación, pero también servicios de formación. Los minusválidos tienen unas características que son poco apetecibles por el empresario, por tanto, hay que procurar que no sea la formación aquello que les evite alcanzar un empleo digno en la empresa ordinaria.

Todo ello, sin entrar en la sobre-educación, que también es un mal igual que la hiperprotección. La sobreeducación o sobreformación que a lo que da lugar es a una merma de la autoestima al comparar lo que es la realidad y lo que es su formación y sus expectativas. Entonces, hay gente que

comparando su formación y comparando sus expectativas con la realidad y con las ofertas que le salen resulta un resultado bastante negativo. Hay que procurar ir hacia una formación útil.

Y desde el Fondo Formación o Fondo Formación y Empleo, tenemos un sistema de inserción laboral en la empresa ordinaria para los minusválidos, y es un sistema amplio que abarca a todos los minusválidos, aunque es perfectamente aplicable también a los enfermos psíquicos; que parte de un Plan de Comunicación entre el empresariado, un estudio del colectivo humano del que disponemos y de la elaboración de un plan formativo acorde con las necesidades del empresario y las características propias del enfermo.

El plan de comunicación entre el empresariado obliga, en primer lugar, a informar al empresariado, hemos visto todas las ayudas y subvenciones, las ha explicado aquí Jorge perfectamente, todas las ayudas y subvenciones que tienen los empresarios por contratar a personas con minusvalías. Es necesario que el empresario esté informado, muchas veces no es verdad, no está informado. Es necesario también concienciarlo, desde el punto de vista ético y desde el punto de vista productivo, que estas personas no tienen por qué suponer, en ningún caso, una merma en su productividad. Y es necesario también detectar las necesidades en este empresario y la única manera de hacerlo es comunicándose con él, ¿Qué puesto de trabajo necesitas?, ¿Qué demandas requieres para tu empresa? Una vez que se hace eso se estudia el colectivo humano, vamos a ver si el puesto de trabajo que se oferta es el adecuado, cuáles son las características de los individuos, cómo está organizada la empresa, qué forma de gestión tiene, si trabaja por objetivos. Si es muy estresante, es incompatible con la patología del enfermo, y después ver exactamente si existe una formación específica que se le pueda dar a estas personas para adaptarlos al puesto de trabajo, y por último, elaborar un plan formativo, un plan formativo específico para la empresa concreta, según sus parámetros de excelencia, adecuada a sus necesidades concretas y en función también, evidentemente, de las peculiaridades y particularidades del enfermo.

En resumen, nosotros planteamos la necesidad de elaborar un proyecto, un plan, que vaya de arriba abajo, acudiendo allí donde está el origen del empleo que es el empresario y trabajando codo a codo con ellos, informándole y concienciándolo, tratar de adaptar la formación del enfermo a las peculiaridades y las características y necesidades propias del empresario, única manera de integrar relativamente a estas personas dentro de la empresa ordinaria.

Por mi parte nada más. Muchas Gracias.

Formación e Inserción Laboral en la Empresa Ordinaria

Laureano Otero

- **Existen en España 3.500.000 minusválidos**
- **De ellos 800.000 son enfermos psíquicos**
- **De ellos unos 300.000 son esquizofrénicos**

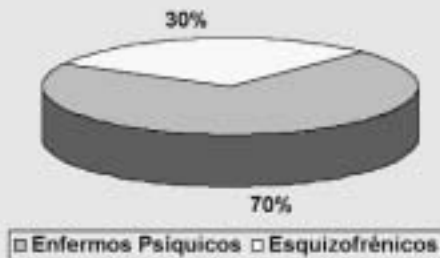
Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3



- Cada año se diagnostican 25.000 caso más
- Solamente trabaja el 30 %
- El 85 % de las familias asociadas encuestadas lo que más temen es el incierto futuro de sus familiares

FONDO  FORMACION

Variables del Desempleo:

- Condiciones externas al trabajador
 - No tenemos influencia sobre ellas
- Condiciones personales del trabajador
 - Podemos influir sobre ellas

La integración laboral implica la conjunción de:

- Servicios Médicos
- Servicios Sociales
- Servicios de Orientación
- Servicios de Formación

Inserción Laboral en la Empresa Ordinaria:

- Plan Comunicación entre el empresariado
- Estudio del colectivo humano
- Elaboración de un Plan Formativo


- **Plan Comunicación entre el empresariado:**

- Informar
- Concienciar
- Detectar necesidades

- **Estudio del colectivo humano:**

- Adecuación al puesto ofertado
- Características del individuo
- Organización de la empresa
- Forma de gestión en la empresa
- Formación requerida

- **Elaboración de un Plan Formativo:**
 - **Específico para la empresa concreta**
 - **Según sus parámetros de excelencia**
 - **Adecuado a sus necesidades concretas**



**Tercera mesa redonda:
Integración de la persona
con enfermedad mental
en la sociedad**

D. Fernando Quinzá Torroja García

Director Técnico de la Fundación Galega para a Tutela de Adultos (FUNGA)

Como responsable de la dirección técnica de la Fundación Galega para la Tutela de Adultos, entidad tutelar de la Xunta de Galicia, quisiera, primeramente, agradecer la invitación hecha para participar en estas Jornadas, organizadas por la Federación Española de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales.

Asimismo, felicitar a las familias y a los profesionales que integran las distintas asociaciones por la importante labor que vienen desarrollando, así como por su efectivo compromiso social en la normalización e integración de las personas con problemas de salud mental.

El equipo de profesionales de las Fundaciones Tutelares y en concreto el de la Fundación Gallega para la Tutela de Adultos nos sentimos muy próximos a los padres, hermanos y familiares de los enfermos mentales:

- Las Fundaciones Tutelares, surgieron a finales de la década de los años 80, para intentar desempeñar funciones protectoras de personas que precisaban un tutor para su gobierno personal y patrimonial, y que no tenían en su entorno familiar una persona que asumiese la función tutelar. Nacieron así para cumplir su función con carácter subsidiario respecto a las familias, garantizando la existencia de un tutor.
- Ejercemos funciones tutelares de personas con problemas psíquicos, lo que hace que en la práctica diaria nos encontramos y enfrentamos con obstáculos comunes, como también van a ser comunes muchas de nuestras demandas.
- Las Fundaciones Tutelares utilizamos para nuestros pupilos los mismos servicios que las familias, incluidos los servicios que las Asociaciones de Familiares ponen a disposición de los enfermos mentales (alojamiento, talleres, etc.)

- Las Fundaciones Tutelares prestamos apoyo a las familias y a los profesionales mediante un asesoramiento especializado e individualizado en las materias propias de su ámbito de actuación (incapacitación, tutela, testamento, etc.) así como programas de sensibilización mediante realización de jornadas.

Tanto las Fundaciones Tutelares como las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, se han consolidado como instrumentos fundamentales en la búsqueda del incremento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, defendiendo sus derechos e intereses y fomentando su integración y normalización en la sociedad.

Normativa e Integración

Quisiera destacar, tal vez por mi procedencia jurídica, la importancia que tiene haber alcanzado una normativa que sirva de vehículo integrador para las personas con enfermedad mental. Las normas jurídicas de las personas con enfermedad mental deben perseguir para su integración tres finalidades:

1. El reconocimiento de su situación singular en el contexto social y jurídico y la garantía de sus derechos.
2. La promoción de sus facultades y capacidades.
3. La consecución del mayor grado de autonomía posible haciéndolas protagonistas de su propia vida.

En este sentido, en la Constitución Española de 1978 se proclama un Estado Social y Democrático, y como consecuencia aparecen nuevas alternativas en la protección y promoción social, y con ello comienza una nueva etapa en el tratamiento jurídico y social de las personas con discapacidad a través de una normativa:

- Basada en la igualdad de derechos de todas las personas.
- Donde ninguna discapacidad pueda ser causa de discriminación.
- Interviniendo el Derecho para corregir las desigualdades.

- Teniendo la función de protección un carácter subsidiario: donde exista capacidad, autonomía no se debe intervenir. Los mecanismos de defensa deben sólo ponerse en marcha cuando exista peligro.

Todo ello está contemplado en nuestro ordenamiento jurídico. Ahora bien, considero importante dos cuestiones:

1. No debemos descuidar nuestra responsabilidad de actualizar convenientemente el Derecho, alcanzando la necesaria adaptación a la realidad social que va a regular.
2. Debemos tratar de acercar el mundo del bienestar social al estamento jurídico. El derecho es sólo un instrumento para garantizar una vida digna en aquellos colectivos necesitados de especial protección.

Alcanzar la efectiva protección jurídica de las personas con enfermedades psíquicas significa no anularlas, potenciar sus capacidades y permitirles protagonizar su propia vida.

Respecto a la búsqueda de la integración social del enfermo mental en la sociedad

Desde mi experiencia como director de una Fundación Tutelar, que cuenta entre sus pupilos con cerca de 100 personas con enfermedad mental, considero que su integración en la sociedad significa propiciar la incorporación de la persona en el contexto social que le es propio, a través de una participación real que facilite su aproximación a las pautas de comportamiento del resto de la sociedad, respetando tanto su individualidad como su derecho a ser diferente.

Para ello, desde el primer momento en que se detecta una enfermedad mental, se debe apoyar y asesorar al grupo familiar, que se va a ver afectado por la enfermedad de uno de su miembros. Siendo primordial una buena información, que debe de partir de los equipos interdisciplinarios de atención temprana quienes orientarán a las familias sobre la conveniencia de formar parte de una asociación especializada, que completarán el apoyo profesional con una visión realista y humana de la enfermedad, comprendiendo sus sentimientos ante una situación común.

En este sentido, son de gran utilidad las escuelas de padres y los talleres de hermanos para evitar que las familias tengan actitudes de sobreprotección o de aislamiento, adoptando frente al familiar enfermo mental una posición orientada a su socialización e independencia, comenzando por su integración escolar y posteriormente laboral.

Aunque los cambios se van produciendo lentamente, en los últimos 20 años se ha evolucionado más que en todo un siglo, lo que nos indica que debemos seguir avanzando de forma coordinada en favor del enfermo mental, con una actitud positiva para promover la comprensión pública hacia la enfermedad mental y sus problemas.

Desde la Fundación que dirijo y con la finalidad de propiciar la incorporación del enfermo mental a su contexto social, POTENCIAMOS:

1. La adquisición de nociones básicas de higiene: cuanto mejor sea su aspecto exterior, mejor será su relación social.
2. La utilización del ocio y el tiempo libre: integrándolos en una serie de actividades recreativas y culturales que les ayuden a recuperar los hábitos sociales perdidos, fomentando las relaciones con otras personas y facilitando su socialización.
3. El aprendizaje de hábitos de vida saludables: ejercicio físico, lectura, alimentación, evitar consumo de sustancias que puedan ser nocivas, etc.
4. La concienciación de la enfermedad por parte de la persona, evitando situaciones de rechazo a la toma del tratamiento. Actualmente, en muchos casos contamos para salvar este obstáculo con la colaboración de una parte de los fiscales y jueces que concienciados de dicha problemática, utiliza su autoridad para facilitar que nuestro pupilo tome la medicación.
5. La sensibilización en la práctica diaria del personal de los juzgados, de los cuerpos de seguridad y del 061 en los casos de internamientos involuntarios urgentes.
6. La incorporación de las personas con enfermedad mental a cursos de formación normalizados.

7. La inclusión en cursos pre-laborales para su posterior incorporación a empresas de economía social o empresas ordinarias.
8. La participación tanto en los hospitales de día como en las distintas actividades organizadas por las asociaciones.
9. Cuantas otras actuaciones sean consideradas de interés.

Aunque el paso de un modelo institucional de atención a la persona con enfermedad mental a un modelo de integración en la comunidad es un logro importante, para que sea efectivo se hace necesario:

- Fomentar la creación de viviendas tuteladas, que otorgándoles un mayor nivel de responsabilidad y autonomía, favorecen su integración en la comunidad, fomentando la socialización y el trabajo en equipo. No hay que olvidar que, muchas veces, la escasez de recursos económicos de estos enfermos, unido a la dificultad de encontrar trabajo, les obliga a sobrevivir precariamente en pensiones y ambientes marginales.
- Fomentar la adquisición de habilidades domésticas, utilizando los servicios normalizados de su entorno, para la obtención de una calidad de vida digna. Para ello hemos de utilizar los programas de ayuda a domicilio de los ayuntamientos, que con el apoyo de un auxiliar van enseñando a la persona a desenvolverse en la vida diaria, potenciando sus capacidades al máximo.
- Favorecer los programas de respiro familiar, que permiten que las familias puedan, durante un tiempo, reponerse de la carga de tensión que en muchas ocasiones requiere la convivencia con un enfermo mental.
- Crear programas de turismo social para los enfermos mentales, que les permita que en determinados momentos puedan disfrutar de unas vacaciones ajenas al medio familiar.
- Respuestas de un servicio de atención domiciliaria de 24 horas en casos urgentes.
- Recomendar a las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales que estudien la posibilidad de prestar el servicio tutelar, tranquilizando a las familias respecto al futuro de sus hijos al garantizar que siempre existirá una Fundación Tutelar especializada en el ejercicio pupilar.

Las deficiencias para la integración tratadas anteriormente (insuficiencia de viviendas tuteladas, precariedad económica, infrautilización de los recursos de turismo social, etc.) se presentan como auténticas barreras sociales para que las personas con enfermedad mental puedan desarrollar su propia personalidad y reconquistar su identidad: convirtiéndose en protagonistas de su propia vida.

La superación de estas barreras sociales posibilitará una mayor integración de las personas con enfermedad mental para una vida en sociedad compartida y dialogada: que es la auténtica vida.

Consecuentemente, la tarea pendiente de la sociedad es un cambio real de la actitud ante la persona con enfermedad mental, que permita que la sociedad entienda y apoye a estas personas, a sus familias y a los profesionales de las asociaciones en el logro de los recursos y la colaboración social que precisan para que su integración sea real y efectiva, suprimiendo las barreras psicológicas, sanitarias, jurídicas y sociales con las que hoy han de enfrentarse.

Para tal cambio es necesario la realización de campañas de sensibilización social, en las que deben jugar un papel muy importante los diferentes medios de comunicación, mediante una información no sesgada que potencie la comprensión pública hacia la enfermedad mental.

Reiterando el reconocimiento a la labor realizada por las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, que en nuestro trabajo diario desde la FUNGA podemos constatar, no quiero acabar sin recomendar que se unan en defensa del interés común, que no es otro que la lucha y la reivindicación del efectivo cumplimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental. Porque, como en tantos otros ámbitos de la vida, la unión de esfuerzos, no sólo suma, sino que multiplica los resultados.

En definitiva, todos debemos seguir reivindicando la existencia y el funcionamiento correcto de los dispositivos de salud mental, que eviten que las personas con enfermedad mental se conviertan en uno de los grupos de exclusión social, sobre todo en etapas cruciales de la vida como la adolescencia y la juventud, etapas que marcan el futuro de toda una vida.

D. Manuel Aguilar López

Director General de Obra Social Caixa Galicia

Buenas tardes, en primer lugar, agradecer a la organización que haya contado con Caixa Galicia para colaborar en estas jornadas y su invitación a estar presente en esta mesa para compartir algunas ideas y conceptos más que para enseñarles nada.

Voy a articular mi intervención, que también va a ser breve, en dos partes, primero les voy a presentar lo que es la Obra Social de una Caja de Ahorros y, a continuación cómo nos hemos planteado desde esta obra social a contribuir a objetivos de cohesión social y a objetivos de integración.

Como ustedes saben, por ley, las Cajas de Ahorros destinan una parte de sus beneficios a la acción social, esa parte de sus beneficios viene a equivaler a lo que las instituciones financieras con forma societaria, es decir, los bancos destinan al dividendo, a sus accionistas, por eso a nosotros nos gusta hablar de dividendo social. El conjunto de las Cajas de Ahorros de España destina a obras sociales unos 150 mil millones de pesetas, en este año 2001. Por lo tanto podemos decir que no hay otro sector, fuera de los poderes públicos, que destine un volumen mayor de recursos a actuar en objetivos sociales que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos.

En el cuadro siguiente, se ve la evolución de estas dotaciones, así como su crecimiento sostenido en estos últimos años:

Muy brevemente, también, vamos a ver que esa amplitud de fines de la Obra Social hace que actuemos con carácter generalista, no hay una especialidad en temas específicos, sino que se reparte entre fines culturales, asistenciales, docentes, sanitarios y de investigación. Históricamente ha tenido mucho peso en las Obras sociales la labor cultural, pero, en la actualidad, cada vez más, ocupa una proporción más importante la parte asistencial.

Por lo que se refiere a Caixa Galicia, nuestra dotación de Obra Social para este año son 6.500.000.000 pesetas que no distribuimos con total libertad sino que nos ajustamos a unos convenios con la CCAA en cuya virtud tenemos que dedicar unos porcentajes determinados a fomento de sectores productivos, una parte a fines sociales y promoción del empleo, otra parte a fines culturales y otra parte a un conjunto de actuaciones propias o en colaboración, encaminadas a potenciar los tres sectores anteriores.

Dentro de nuestro Plan Estratégico, nuestra visión de nuestro compromiso con la sociedad, como aspiración última de lo que queremos hacer, es devolver esa confianza que la sociedad deposita en Caixa Galicia a través de la relación comercial, intentando hacerlo desde una perspectiva de anticiparnos a determinadas demandas sociales, de forma que podamos contribuir, junto con otros muchos agentes públicos y privados al desarrollo de la Comunidad, y esa visión se concreta en una misión que son una serie de retos tangibles y esos retos tangibles son aquellos que hemos detectado que preocupan a la sociedad y que con los recursos de que disponemos podemos realizar una tarea útil. No voy a hablar de cada uno de ellos porque no es el tema de hoy, simplemente a enumerarlos:

1. Envejecimiento de la población.
2. La sociedad de la información.
3. El desarrollo sostenible y el medio ambiente.
4. El fomento de la solidaridad y el voluntariado; de la participación social y de la igualdad de oportunidades; y la promoción de la investigación, de la ciencia y de la cultura.

Y aquí es donde quería entroncar con el tema que nos trae hoy aquí. Cómo, desde esta perspectiva y desde esta visión, y desde esta misión, podemos contribuir, e intentamos hacerlo, a la integración social de las personas con enfermedad mental, aunque nuestro planteamiento es también aplicable a las personas con cualquier discapacidad. Nos lo hemos planteado de la siguiente manera:

Los poderes públicos, las Administraciones, por su estructura, tienden a intervenir sobre la problemática social o sobre cualquier asunto social, ya

sea educación, ya sea sanidad, ya sea servicios sociales, o ya sea empleo, desde la perspectiva del recurso, las Administraciones Públicas ponen una serie de recursos y unas vías de acceso a los mismos.

Lo que falta, y en concreto en este tema que nos ocupa es muy importante, es la perspectiva del usuario. ¿Quién está teniendo en cuenta que una persona no solamente es un individuo frente a una ventanilla, sino que las distintas facetas de un problema constituyen una unidad?; ¿quién mejor que ustedes conoce el, a veces, lento, tortuoso, e incluso hasta dramático discurrir de oficina en oficina, o de Administración en Administración, para ir gestionando un conjunto de recursos que sólo adquieren su pleno sentido desde la perspectiva del individuo, y no desde sus necesidades educativas, sanitarias, o de empleo aisladamente consideradas? Pues ese trabajo, la perspectiva de la persona, está recayendo hoy en las familias evidentemente, y cada vez más y afortunadamente en las familias agrupadas en torno a las asociaciones.

La perspectiva del usuario de los servicios públicos, de los recursos que existen, públicos o privados, la está dando hoy quienes tienen el trato directo y diario, en el caso que nos ocupa, con las personas que sufren alguna enfermedad mental. Y nosotros pensamos que por eso el trabajo de las asociaciones es absolutamente indispensable, porque es lo que da unidad, lo que permite optimizar una serie de recursos, esa oferta de recursos que las instituciones y sobre todo las públicas, ponen a disposición de las personas y de las familias. Por eso, nosotros nos hemos planteado que nuestra función tiene que ser, hoy por hoy, reforzar y apoyar el trabajo de las asociaciones, el trabajo de las familias, tiene que ser contribuir a fortalecer el movimiento asociativo y sus iniciativas, de manera que puedan cumplir esa finalidad que asumen, no solamente la de ir utilizando los recursos que existen sino también la de poner en marcha recursos que no existen y que son necesarios, porque todos los que están aquí entre el público saben mucho de poner en funcionamiento recursos: viviendas tuteladas, talleres ocupacionales, etc. y más cuando están pensando en el futuro de unos hijos, de unos familiares, y pretenden dar una estabilidad a un futuro cuando las familias no puedan abordar determinados

problemas.

Por lo tanto, tanto la utilización como la optimización de los recursos públicos así como la instrumentación y puesta en funcionamiento de recursos que no existen pero que son necesarios, dependen hoy, en un porcentaje importante, más importante de lo que le gustaría a todos ustedes, de su movimiento asociativo. Por eso, nosotros, como entidad que tiene que destinar y destina con gusto, por historia, por ley, por vocación, a fines sociales recursos, pensamos que en este tema, nuestra contribución, nuestra mejor contribución a la normalización, a la integración social es ayudar a los que realmente están haciendo ese trabajo sin inventar nada nuevo.

Una cuarta parte del presupuesto que destinamos nosotros a ayudas a las asociaciones va al sector de la discapacidad, quizás no es suficiente, quizás habría que destinar más, pero para nosotros es un sector que está presente de manera importante, podríamos poner ejemplos y si alguno tiene interés podríamos comentar alguno de estos programas que hacemos.

84

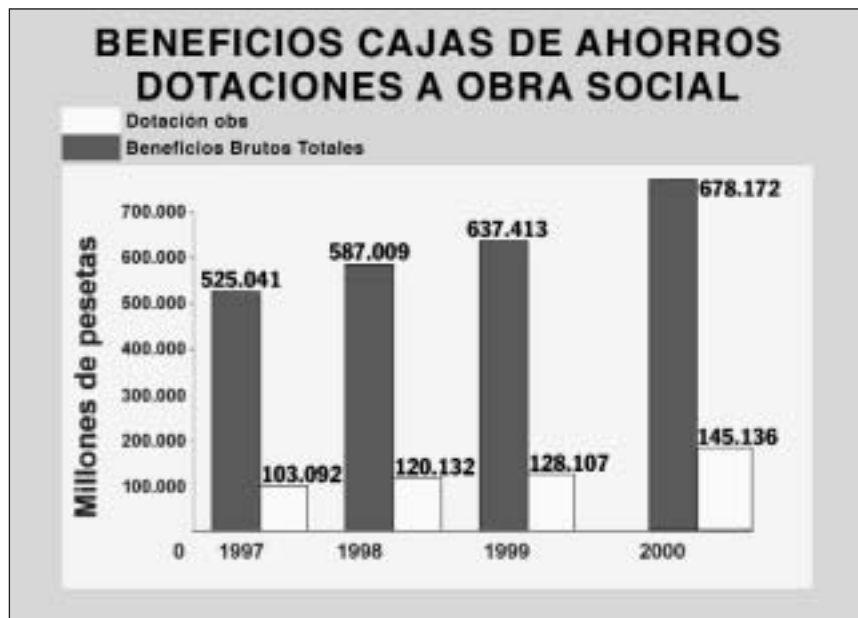
Por una parte, el robustecer y apoyar al movimiento asociativo en sus iniciativas y en su capacidad de respuesta a estos retos que he planteado, y por otra parte, que es el segundo tema que les quería comentar, el poner algunos nuevos instrumentos que puedan ser utilizados como herramientas al servicio de la inserción, y en concreto herramientas que pensamos pueden ser propias de una entidad financiera como puede ser la nuestra. En concreto, tenemos dos, dos ideas o dos proyectos que ya están en marcha. Hemos creado un fondo de capital riesgo 100% Obra Social, para participar en proyectos de economía social. Aparte de las subvenciones que da el sector público para crear empresas como centros especiales de empleo u otras parecidas, a veces hace falta alguien que confíe en un proyecto de economía social y que aporte recursos por la vía de capital, con el fin de participar, de implicarse en la gestión de una iniciativa que tiene un componente social, pero que se pretende que tenga también una expectativa de viabilidad económica con el fin de mantener e incrementar

los puestos de trabajo, y nosotros apostamos por eso a través de este fondo de inversión cuyo destino son inversiones de economía social y de carácter social. Este fondo tiene una dotación en estos momentos de un millón de euros.

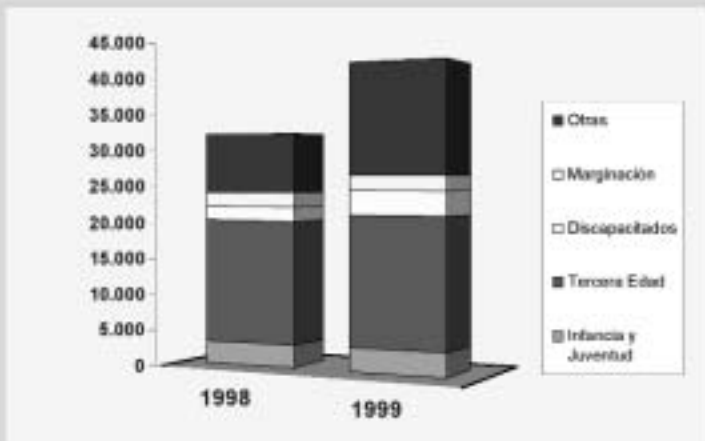
Y por otra parte, estamos articulando los permisos legales e instrumentación técnica para poner en marcha un sistema de microcréditos, para articular la microfinanciación para pequeños proyectos empresariales, que a veces son unipersonales o a veces son de un pequeño grupo de personas, como una forma de pasar de la subvención a lo que es un sistema ordinario de trabajar en el mundo de la iniciativa o de los emprendedores. Es cierto que este recurso es de más difícil utilización por las personas con enfermedad mental, pero es nuestra responsabilidad ampliar la gama de herramientas utilizables al servicio de objetivos de cohesión social.

Gestionamos también otros recursos para las asociaciones (herramientas informáticas, formación de directivos, ayudas y colaboraciones...), pero hoy me interesaba trasladarles el planteamiento global, sabiendo que los objetivos de cohesión son objetivos arduos y que los objetivos de integración son objetivos arduos, y entre todos tenemos que buscar sinergias y cada uno, desde la perspectiva de nuestra posición, intentar aportar nuestro granito de arena en estos objetivos de integración, conociéndonos mejor, de ahí el que me pareciera un acierto la organización de estas jornadas con este carácter multidisciplinar y de foro de trabajo para poder seguir avanzando en este camino de la integración.

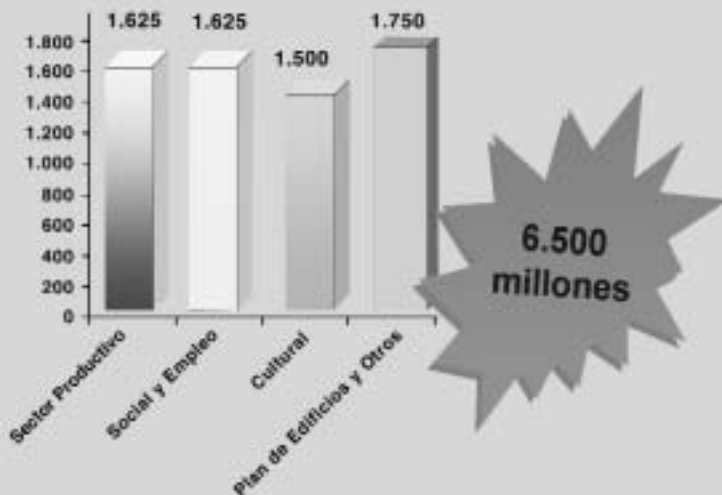
Muchas gracias.




ÁREA ASISTENCIAL



OBRA SOCIAL PRESUPUESTO AÑO 2001





**Cuarta mesa redonda:
La enfermedad mental
en los medios de comunicación**

D^a Margarita Serrat Borrás

Presidenta de la Federación Catalana de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FECAFAMM)

Mitos y realidades en la sociedad y en los medios de comunicación ante la enfermedad mental

Quiero ante todo dar las gracias a los organizadores por haberme invitado a participar en esta mesa. El hecho de compartirla con D. José M^a García y D. Tiburcio Angosto, mucho más doctos que yo en comunicación y en Salud Mental, es para mí un reto, reto muy tentador por otra parte, ya que hablar desde una visión familiar y asociativa de los mitos que envuelven la enfermedad mental, a las personas que la padecen y a sus familiares, es sin duda alguna, una tentación.

Desde la perspectiva de madre de un enfermo y desde la perspectiva de las asociaciones que presido, voy a desarrollar mi ponencia.

Los mitos surgen de pequeñas casualidades, de hechos ocasionales que, con el paso del tiempo, acaban convirtiéndose en una realidad histórica. Que la enfermedad mental conlleva discriminación y estigmatización, es también una realidad histórica.

Mientras el paciente estaba ingresado en un hospital psiquiátrico, la sociedad no se planteaba como problema al enfermo ni tampoco la enfermedad. La administración cuidaba de él; médicos y enfermeras especializadas controlaban y vigilaban su estado mental y la familia los visitaba cuando y como podía, algunas veces (también hay que decirlo, en contadas ocasiones).

No debemos olvidar que esta familia se sentía desconcertada, asustada y en algunas ocasiones, culpable. Nadie se había preocupado de explicarles qué era y en qué consistía la enfermedad, se pensaba entonces en familias esquizofrénicas. No es de extrañar pues, que los profesionales no pensarán que estas familias podrían convertirse en grandes cola-

boradoras y en elementos básicos para mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Tendrían que pasar muchos años antes de que se formara el triángulo paciente, médico, familia.

Mientras el cine, la literatura y alguna prensa sensacionalista iba sembrando la semilla de la discriminación, se sacaban a la luz los hechos más espectaculares cometidos, se decía, por personas que tenían perturbadas sus facultades mentales. Se hablaba en tono despectivo de locos y manicomios. No es de extrañar pues que, con esta influencia negativa en la sociedad, nadie se atreviese a decir que su hijo/a padecía una de estas enfermedades que tanto asustaban a sus vecinos, amigos y familiares menos allegados.

Se preguntaban constantemente qué es lo que habían hecho mal, en qué habían fallado y cuál era su grado de culpabilidad. Con este sentimiento de culpa y miedo iban aislándose, descartando la posibilidad de buscar vías de solución, aceptando el ingreso del enfermo como la única salida posible y en realidad ésta era, por entonces, la única salida posible.

Quiero, no obstante, señalar que los profesionales de estos grandes hospitales hacían por el paciente mucho más de lo que la sociedad o los “externos” creían, y desde luego mucho más de lo que salía a la luz a través de los medios de comunicación.

Hablaban muchas horas con el paciente, se empezaba una pre-rehabilitación con la labor-terapia y pedían a las familias que los visitaran con más frecuencia. De alguna manera y muy tímidamente se iba dibujando el triángulo.

Fue a finales de los años 60, principios de los 70, que con ayuda de los nuevos fármacos y con una psiquiatría más humanista, a la mayoría de los pacientes se les dio de alta. Se llamó a la familia para que fueran a buscarlo y se los llevaran a sus casa, el enfermo estaba estable, la medicación adecuada le había eliminado los síntomas positivos, no había pues ninguna razón para mantenerlo ingresado, PODÍA INTEGRARSE A LA SOCIEDAD.

Pero, ¿estaba preparada la familia y la sociedad para aceptarlo? Desde luego que no, y era lógico que no lo estuviera.

A la familia, que hasta entonces había mantenido una actitud totalmente pasiva se le pedía que se convirtiera en parte activa. A la sociedad se le pedía que aceptara al enfermo y que comprendiera una enfermedad que les repelía y les asustaba. Nada se explicó a los medios de comunicación.

Poco, o muy poco, se habló de la rehabilitación del enfermo.

Costó años cambiar la palabra loco por la de enfermo mental y en la pluma de algunos cronistas no se ha cambiado todavía.

¿Qué hacía el paciente en un mundo que le era totalmente hostil, en una sociedad que le cerraba las puertas a toda integración? SENCILLAMENTE ENCERRARSE EN SU MUNDO, un mundo que era su casa, su habitación, no aceptaba a sus hermanos que tenían una vida independiente, una profesión, un oficio, un trabajo. Él dependería forzosamente de su cuidador que en la mayoría de los casos era la madre.

Esta madre inexperta hasta entonces, pero que aprendería con gran rapidez, sabe que no puede confiar en demasiada gente, y sigue sin atreverse a comunicar a sus vecinos la enfermedad que padece su hijo o hija. Sólo otras personas con su mismo problema entenderán y aceptarán su situación. Se empiezan a crear movimientos asociativos, que tímidamente aún reclaman sus derechos y los derechos de sus hijos.

Y los años pasan, se crean más asociaciones y de cada comunidad autónoma nace una Federación. Sería la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de enfermos mentales quien las aglutinará y arropará a todas ellas.

Psiquiatras, psicólogos, sociólogos, pedagogos, se unen al movimiento asociativo ayudando a las familias y asesorándolas.

Con su asesoramiento, las asociaciones crearán centros ocupacionales, centros especiales de empleo. Así como clubes de ocio que darían a sus usuarios las bases principales para una integración, social y laboral.

Pero, ¿es real esta integración? ¿no es más verdad que la sociedad les permite una integración, vamos a llamarla “restrictiva”?

De alguna manera les dice, “Os dejamos trabajar pero no en una empresa ordinaria donde los demás trabajadores, quizás mis hijos, puedan correr algún riesgo”.

Y esto lo digo con conocimiento de causa. Desde hace siete años, la asociación que yo presido y que se creó con el único fin de crear y mantener lugares de trabajo para enfermos mentales, un CEE en fin, hemos logrado integrar un 25% de enfermos en empresas ordinarias.

Y lo difícil no es rehabilitarlos, enseñarles un trabajo, que adquieran los hábitos laborales necesarios..., lo más difícil, es convencer al empresario de que aquella persona es responsable de sus actos, que es afable, educado, un buen trabajador, para resumir: UNA BUENA PERSONA.

¿Qué le falta a la sociedad? Sencillamente información, una información clara y sencilla que los desangustie.

Hablábamos antes del triángulo, enfermo, médico, familia. Este ya funciona, pero con tres patas no conseguiremos mantener estable la silla, necesitamos pues la colaboración de los medios de comunicación.

Si desde los medios de comunicación no se trata correctamente el tema de la enfermedad mental, por mucho que profesionales, familiares y usuarios hagamos, no podremos avanzar.

Son las asociaciones, las federaciones, las familias, en una palabra, las que exigen a las administraciones más centros de día, más centros ocupacionales, más centros especiales de empleo y cuando se nos niegan, los creamos las propias asociaciones con la ayuda de los profesionales, pero nosotros solos no podemos destruir los mitos históricos.

Déjenme, para terminar, ponerles un ejemplo del poder de los medios de comunicación:

En Catalunya, TV3, la televisión autonómica celebra todos los años por Navidad La Marató TV3, un programa de más de 15 horas de duración

dedicado cada año a conseguir medios para investigación de una enfermedad distinta. Desde la Federación de Asociaciones de Catalunya, apoyada por varias Consellerías, y por profesionales en psiquiatría, se iba pidiendo que se dedicara un año a la enfermedades mentales graves. Después de dos largos años de reuniones y encuentros se consiguió que La Marató de 2000 fuese para la esquizofrenia y los trastornos mentales severos.

Los organizadores no escondieron su miedo, nos decían: es un tema tan difícil, tan poco conocido... de dónde vamos a sacar material para tantas horas de programa. Por otra parte, nosotros les exigimos que no hubiera sensacionalismo, que se tratara a la enfermedad y al enfermo con la misma dignidad y respeto que se había tratado las enfermedades que nos precedieron.

No voy a extenderme contándoles todo el programa, solo les diré que se recaudaron 700 millones de pesetas, la cifra más alta recaudada hasta entonces.

Pero no fueron las aportaciones de los espectadores lo más emocionante, lo que de verdad nos impresionó, fue el tratamiento, la sensibilidad de los presentadores, actores, músicos, artistas y de todo el equipo en general que reaccionaba. La sociedad se despertaba de un largo letargo de ignorancia en el que había estado sumido durante siglos. Los medios de comunicación se ponían en marcha y lo hacían dando un paso gigante.

Alguna cosa había cambiado, aquella noche todas las familias nos fuimos a la cama en la creencia de que por fin había empezado a llover después de una larga sequía.

De esto hace escasamente seis meses. En la actualidad uno de los programas más vistos en España incluyendo Catalunya es el de una Televisión privada que cada día a la siete de la tarde emite un programa en el que se relatan asesinatos, violaciones y otros sucesos cometidos, como no, por esquizofrénicos.

No basta una maratón para deshacer mitos, no basta un día de lluvia para terminar la sequía.

Señores periodistas, redactores de los medios de comunicación, estamos en el siglo XXI y necesitamos su colaboración en la lucha que ya hace mucho tiempo iniciamos para cambiar la historia. Que, como toda historia, tiene derecho a ser cambiada.

Muchas gracias.

D. José M^a García Palmeiro
Decano del Colegio de Periodistas

Buenas tardes, felicidades Margarita por esta exposición que ha sido brillante y efectiva, como lo prueba esta ovación de gala, yo soy sólo periodista y desde hace poco más de un año Decano del Colegio Profesional de Periodistas de Galicia creado en esa fecha. Y supongo que estoy aquí como resultado de una imprudencia, de parte mía, claro... me temo que es así, y ahora les explico el por qué de esa imprudencia. Cuando me llamó Julio Nistal, al que acabo de conocer después de haber hablado varias veces con él y me propuso esto por teléfono, lo primero que le dije fue, pero ¡vamos a ver!, primera constatación: yo no soy experto en las cuestiones del tratamiento, del acercamiento, del seguimiento de la enfermedad en general desde los medios y de la Salud Mental en particular, entonces Julio desvió rápidamente la pelota por la banda y dijo: No, pero no es estrictamente necesario eso, lo que queremos es que hables del reflejo que todo eso puede tener en los medios de comunicación y del tratamiento que puede observarse y entonces volví a contraatacar diciendo: pero la verdad es que no, no veo yo que pueda hacer grandes aportaciones al respecto porque no he hecho un seguimiento de lo que hay pero desgraciadamente tampoco me parece muy significativo lo que hay, entonces volvió a contraatacar Julio por la banda y dijo, entonces cuentas eso, que no es muy significativo, y esas cosas. Y se me ocurrió poner algunos ejemplos a propósito de la utilización de algunas palabras que según como se utilicen, y ya saben ustedes que las palabras no son nunca neutrales, pueden significar una cosa u otra o pueden herir o pueden describir de muy mala manera lo que se aspira a contar o a describir, y Julio dijo entonces: pues es justamente eso lo que queríamos o creíamos que podías contar. Y como resultado de esa dialéctica con Julio Nistal, pues estoy aquí. Espero que ustedes sobrevivan y me dejen a mí sobrevivir después de este atrevimiento por mi parte.

Yo he titulado esta reflexión, que no sé si ha de resultarles a ustedes completamente pertinente, espero que no demasiado impertinente: “Más que palabras”, justamente por ese juego de la utilización polisémica que las palabras pueden a veces tener en sentido negativo, y muy especialmente en aquellos ámbitos que pueden dirigirnos de inmediato a lo que son los fenómenos a tratar, a analizar por las neurociencias o por todo lo relacionado con lo que las enfermedades mentales, los problemas de la salud mental alberga. Supongo que me escuchan bien, tengo siempre que hablo en este recinto, y no son muchas veces pero alguna sí, la sensación de que en un momento determinado es mucho más recomendable ponerme en pie delante de la mesa y dejar los micrófonos a un lado, porque a veces me persigue el fantasma de la extraña marcha que la señal acústica tiene en este local, pero procuraré no desviarme, no desviar los labios de este micro de diseño tan modernista.

Yo anoté aquí para empezar esta frase, que por sí misma puede suponer también un pequeño juego de palabras, en todo caso un guiño a esta hora de la tarde en un día de espléndido verano, como han observado ustedes, con el termómetro por encima de los 30 grados en las zonas abiertas a la influencia del sol.

Anoté esto: “Acaso no estemos locos (me refiero a los informadores, a los periodistas, a mí mismo), no estemos locos pero quizás a veces no sepamos muy bien lo que queremos, o no sepamos muy bien contar lo que queremos contar” en todo caso los medios de comunicación tienen que ver con la vida cotidiana, casi todo que ver con la vida del común de las gentes, la vida de todos nosotros, con mi vida, con mi vida también como consumidor de los productos que los medios ponen en mi mano, o en mis ojos o en mis oídos. Tienen no poco que ver entonces con lo que Erich Fromm llamó y reflexionó y escribió con la Psicopatología de la vida cotidiana. Los medios, sobre todo, muy especialmente los medios audiovisuales, gozan hoy, saben ustedes bien, de omnipresencia, eso no quiere decir que gocen de omnisciencia, eso no quiere decir que gocen de omnipotencia, pero de omnipresencia desde luego sí, y se convierten en factores clave, factores importantísimos para la convivencia, para el desarrollo

de la comunicación como tal, para la divulgación de conocimientos, para la socialización a muy gran escala del conocimiento, y desde luego para la difusión también de noticias, buenas o malas, agradables o desagradables, veraces o no veraces, bien construidas o sensacionalistas.

Los medios, como saben ustedes tienen una doble función cuando menos, más allá de aquello que siempre nos contaron y aprendimos en nuestros años de formación de que servían para tres cosas fundamentalmente: informar, formar y entretener. Los medios tienen dos funciones que considero personalmente claves, que les determinan y que a su vez determinan buena parte de sus comportamientos, reflejan, por un lado la realidad y recrean por otro lado la realidad, al reflejarla, al contarla, al recrearla, en alguna medida, los medios inventan (entrecomillo la expresión) “inventan” esa realidad.

La situación actual (y esta introducción que estoy haciendo me parece necesaria para lo que vendrá después) la situación actual está marcada por muy diferentes rasgos, algunos de ellos, los más llamativos o los de mayor impacto y peso en lo que ya se llama hipersector de la comunicación, pasan por la multiplicación, la multiplicación de medios, la multiplicación de soportes, la multiplicación de mensajes, pasan también por la fragmentación de esos mensajes, de esos soportes, de las audiencias que le siguen. Ahí está el fenómeno de internet, como complemento fragmentador por un lado, aglutinador por otro.

Los medios están marcados también por procesos multimedia que son en realidad procesos de agrupamiento, procesos de concentración empresarial, de aprovechamiento de sinergias, no siempre en beneficio de un mejor servicio al proceso general de la comunicación y desde luego no siempre en beneficio de las mejores condiciones de trabajo para mis compañeros/as periodistas. Están marcados por la presencia, cada vez más en este sector, en este hipersector, de un capital especulativo financiero que en buena parte de los casos, en los últimos 8–10 años, apenas ha tenido antes de su llegada a las mesas de los consejos de administración de algún grupo, ¡nada que ver!, ¡nada que ver! con la comunicación como

tal. Están marcados por los aires de inequívoco neoliberalismo con paraguas globalizador, que alcanza como saben ustedes, a todas las otras manifestaciones de la convivencia en sociedad al menos en las sociedades que conocemos o entendemos como desarrolladas en este momento. En fin, están marcados por un empleo en buena parte, en gran porcentaje más bien precario, más bien mal pagado, a pesar de exigirse cada vez más, cada vez con mayor intensidad a los compañeros/as periodistas, eso que ahora se llama multifunción, polivalencia, etc.

En fin, todo esto que les estoy contando apunta ya a algunas contradicciones graves, entre la lucha por conseguir beneficios, que los hay importantes y cuantiosos, beneficios macroeconómicos y la articulación de posiciones de preeminencia, de poder, que también las hay. En general, en este cuadro, resumiéndolo y forzando el resumen a pocas palabras, nos encontramos con un panorama mediático, que está en buena medida marcado por algunas dependencias, del mercado desde luego, pero también de los poderes públicos, a veces de forma muy marcada por la vía de los convenios que facilitan subvenciones, mejoras de equipamiento tecnológico, o saltos cualitativos o cuantitativos que, de otra forma, sería imposible que pudiesen acometerse. Así que no sé si ustedes tiene esa percepción o si tienen una percepción de los medios, de los medios en general como soportes críticos o más bien como soportes descriptivos, amablemente descriptores salvo alguna excepción de la realidad. Luego se lo preguntaré con más insistencia.

En este nuestro país, los índices de lectura están estabilizados a la baja como saben ustedes, más del 50% de la población confiesa en las encuestas que nunca ha leído un libro, y en esta sociedad el predominio de lo audiovisual no refuerza precisamente actitudes reflexivas derivadas de la lectura de la consideración hacia la letra impresa, el fenómeno audiovisual está marcado, muy marcado y ahora y en este momento muy especialmente, por frivolizaciones muy mal disimuladas, vanalizaciones de contenidos y espectáculo, mucho espectáculo, todo es susceptible de ser convertido en espectáculo, también la enfermedad a veces, desgraciadamente. Lo demás, la reflexión, el debate, el informe se considera

rollo, se considera casi pecado por rechazable, por molesto, por indigerible, por pérdida de tiempo, así que subidos a ese carro del espectáculo todos acudimos a ver Gran Hermano, y el miércoles pasado, este miércoles por la noche regalamos a ese canal de televisión una audiencia absolutamente generosa, brutalmente cuantitativo de 9.304.000 espectadores, esta bien, está muy bien, es mucho más que una final de la Copa de Europa o que un Madrid-Barcelona, en términos reales, en términos de comparación real. Así que más espectáculo, más deporte guión fútbol, más concurso zafio, más cine y música casposa, y el espectáculo continúa, y ese espectáculo pone condiciones, no se puede espectacularizar todo, aunque a veces se intente, la escenografía rechaza algunas propuestas, algunas propuestas poco presentables, algunas propuestas molestas, algunas propuestas de tono negro.

Ustedes verán que hay, a veces, informaciones muy espectacularizadas de catástrofes naturales, casi nunca verán días después, semanas después, meses después, seguimiento de lo que queda en ese paisaje después de la batalla, de lo que queda, de lo que hay, de cómo se reparte la ayuda, de qué pasa con la gente que se ha quedado sin techo, casi, casi nada de eso ¿verdad?, pasada la espectacularidad inicial a otra cosa mariposa, porque la actualidad impone siempre con urgencia, con mucha urgencia, relevo, novedad y nuevos contenidos. Todo se queda viejo en este panorama de la comunicación, en este panorama de la multiplicación de medios y soportes, todo se queda viejo muy pronto, el fenómeno del pensamiento con dimensión y profundidad histórica queda reducido a veces, a días, a semanas, si me apuran casi a horas, así que hay mucha aproximación compulsiva y breve a lo que ocurre, y poca reflexión, y la enfermedad, es lo negativo, lo preocupante, lo menos presentable queda en el espacio que hay que esconder, que no hay que mostrar a las visitas, no hay que llevar ni a las referencias iniciales de los telediarios, ni a las primeras páginas de los periódicos, ni tampoco mover demasiado en la radio, aunque la radio tenga por ahí algún mecanismo de defensa en forma de debates, entrevistas o informes que todavía pueden escucharse, pero eso, eso, y esto es la otra parte de la intervención, no excluye, aun volviendo la cara a eso, rasgos

de la vida social, de la convivencia social menos presentables, no excluye que en los medios utilicemos, y esto es una autocrítica, expresiones relacionadas con el vocabulario de las neurociencias, de los profesionales y de los preocupados y de los conocedores de la problemática de la salud mental, de manera poco adecuada y voy con algunos ejemplos:

¿Es esto un escándalo? Un escándalo es eso mismo, motivo de escándalo. Esa utilización incorrecta, desajustada, inapropiada, hombre será un desajuste expresivo, porque escándalo es un dicho o un hecho que induce a otro a pecar, en términos literales, y esos es muy grave, Jesús lo condenó como grave pecado. Con mucha frecuencia escuchamos la palabra escándalo asociada a comportamientos que no tienen necesariamente mucho de escandaloso y no la escuchamos, a veces, asociada a otros que sí lo son, hay escandalosísimos comportamientos en algunos consejos de administración pero de esos no tenemos noticia ni les contamos a ustedes con demasiada frecuencia noticia de lo que hay ahí ¿verdad?, y sería muy interesante convertir en Gran Hermano un Consejo de Administración de un gran banco.

¿Es eso un alucine?, la gente, sobre todo la gente más joven alucina cantidad, a lo largo del día alucina 16–18 veces, alucina por colores, alucina mogollón, pero alucina mucho, hay colegas míos más jóvenes que se pasan medio día alucinando sin saber muy bien cómo. Y eso ¿es un alucine ciertamente?, ¡Hombre!, yo diría más bien que es algo que puede provocar extrañeza, asombro, sorpresa, pero ¿alucinación? Alucinación, no.

¿Es una locura? Una locura, pues miren que no se emplea con altísima frecuencia esta expresión, loco, loca, locura, seguramente se trate en muchos casos de un fenómeno de celebración, de una victoria deportiva por ejemplo, Hombre déjenme que arrime un poco el ascua a mi sardina y les diga que, pero con letras muy pequeñas, muy pequeñas y con muchas comillas alrededor, un poco de locura celeste habrá en Vigo el domingo por la noche si el Celta gana la Copa del Rey, que yo creo que la va a ganar, locura muy pequeñita, pero locura grande espero que no.

Loco de alegría, dicen algunos, loco de alegría, hombre ¿no sería mejor

decir radiante de satisfacción, aunque suene a pedante, o inmensamente feliz, que seguramente suena más normalito?, pero loco de alegría, una y otra vez, loco de alegría.

Pero hay expresiones menos ajustadas, éstas podrían ser más veniales, hay expresiones menos ajustadas y más ofensivas a terceros y eso es lo más preocupante:

¡Ese tío es un oligofrénico o un esquizofrénico! Ya estamos, qué mal le han hecho personas con esas psicopatologías a ese o a esa que habla ante una cámara, o detrás de un micrófono, que escribe una columna, qué mal le han hecho esas personas para que califique de esa forma, para que arroje sobre alguien y al mismo tiempo sobre esas personas esa expresión o esas expresiones.

O fulano de tal es un descerebrado, hay algún comentarista deportivo, algún periodista deportivo que dice esa palabra cada noche con mucha, con demasiada frecuencia, con frecuencia digna de mejor causa, y lo hace para aludir a quienes no siguen con precisión y con justeza sus postulados normalmente, es decir a sus rivales, pueden ser árbitros, pueden ser directivos, pueden ser incluso compañeros de profesión, descerebrados, ¡bueno, hombre!, estarían clínicamente muertos.

¿A quiénes patinarán, siquiera temporalmente, las neuronas en esos casos? Pues a los comunicadores, evidentemente, no hay otra explicación. Hay que prevenirse siempre contra la estupidez y la tontería, decía un veterano profesor mío, ya fallecido por desgracia, buen pedagogo y muy ilustre a la hora de dar en la diana de lo que quería contar, de elegir los ejemplos que subrayaban lo que quería contar, decía que nada hay más parecido a un tonto de derechas que un tonto de izquierdas, hay que prevenirse contra la tontería, esté donde esté, contra la estupidez, esté donde esté, a veces está en los medios de comunicación y a veces en los periodistas, qué le vamos a hacer.

En fin, alguien tildado de anormal, mis queridas amigas y amigos, amigas sobre todo por lo que veo, alguien tildado de anormal es a veces alguien sencillamente diferente, distinto, tan sencillo como eso.

Alguien subnormal, tildado de subnormal, y no es infrecuente esto, es un ser discrepante en general, en las antípodas del calificador, de ese calificador que está aludiendo sin saberlo a otras personas.

Por lo mismo, puede haber alusiones como ese tío o tía es carne de psiquiatra, aunque el destino de ese tío o tía no sea, en años, el diván de un psiquiatra.

Tampoco es habitualmente retrasado mental alguien así descrito por algún interlocutor o comunicador o periodista con poco seso, y a veces con voces intolerantes.

Todo ello nos habla pues de cuidar la expresión, de la necesidad de cuidar la expresión, de mimar la palabra, de evitar agresiones a quien o a quienes, y esto es lo más grave, no pueden defenderse. Lo anterior tiene que ver sobre todo, sobre todo con la expresión oral, porque aparentemente las palabras se las lleva el viento, no siempre es así, pero hay que evitar otras expresiones y todavía no he agotado el catálogo y no tengo intención de agotarlo porque los ejemplos darían para mucho más y yo soy consciente de que me he referido a unos pocos, a un puñado nada más, habría que evitar expresiones de este tipo, que son titulares en no pocos periódicos: Psicosis en la bolsa, bueno permítanme la referencia de la terminología y de la explicación del término, porque parece extraño detectar en la bolsa así, directamente de golpe trastornos mentales que apunten a alucinaciones o delirios, de golpe, delirios de grandeza seguro, pero de otro tipo, de otro tipo.

En todo caso, ya les decía antes que la gente alucina cantidad, independientemente de que eso sea un trastorno lo describen así los expertos de la senso-percepción en relación con fenómenos (esto tengo que leerlo claro), en relación con fenómenos que no tiene existencia real, ¡pero qué fuerte! Y además en colores, ya les decía. La gente vive situaciones delirantes con pasmosa frecuencia, y esas situaciones delirantes, digo yo, y esto vuelvo a decir es una autocrítica, una autocrítica desde el colectivo, serían más bien situaciones llamativas, extrañas, curiosas, pasmosas, contradictorias... miren que hay sinónimos, sinónimos correctos. Porque el

delirio es un fenómeno que se las trae, claro, y hay que andarse con cuidado con esas cosas. Así que, yo he titulado esto, esto que no sé muy bien lo que es, un pliego de descargos, una confesión ante tanta gente, una reflexión en voz alta o una composición de tarde de verano: MÁS QUE PALABRAS, por lo que desfiguran, por lo que agreden o pueden agredir, por lo que ofenden o pueden ofender más que por lo que explican, por lo que añaden, por lo que informan, por lo que enseñan.

Yo quiero decirles esta tarde, que todo esfuerzo es poco para corregir las imprecisiones del lenguaje, y más en este tiempo tan mal hablado, éste es un tiempo mal hablado ¿verdad?, con el lenguaje muy maltratado incluso por parte de los que tienen en la palabra, la principal, la única herramienta de su trabajo, reparen en que hablamos muy mal el idioma, maltratamos mucho el idioma, y claro, quien habla mal, quien maltrata las palabras puede emplear los términos con notable imprecisión, si la palabra le suena bien, pues la utilizará por sonora, independientemente del significado, pase lo que pase y caiga quien caiga.

Les decía al principio, y voy a acabar, que las palabras nunca son neutrales, otra cosa es que quien las utiliza actúe como aquel personaje de Moliere, extrañadísimo porque no sabía que había dos formas de expresarse, en prosa y en verso, y él hablaba en prosa, como saben ustedes, sin saberlo; a veces tengo la sensación de que algún comunicador de postín o de menos postín habla en prosa por casualidad y utiliza el diccionario como almohadón de apoyo pero no como libro para abrir y para ojear.

No son neutrales las palabras, esto no tiene que ver con la salud mental general, puede tener que ver con la salud mental de quien ha escritos estas cosas. En algún diario, por no decir, debería decir, en algunos diarios o bastantes diarios ustedes habrán leído esto: Muertos provocados por israelíes, Asesinatos perpetrados por palestinos, les aseguro que es lo mismo, les aseguro que es lo mismo, o hay muertos de un lado y de otro o hay asesinatos de un lado y de otro. Pero se mantiene la dicotomía y la neutralidad brilla ahí con gran fulgor por su ausencia.

Años atrás, los periódicos, al menos los del Occidente cristiano o laico, hablaban de EEUU y sus aliados, pero se referían siempre a Rusia y sus países satélites, ¿se dan cuenta?, la valoración era terriblemente negativa, siempre de un lado. Algunos anotan regulación donde deben decir despido, y continúo: va a haber regulación en tal sitio, ¡no, hombre no!, van a quedar en la calle no sé cuantos amigos y amigas en ese sitio. Pero en fin para que sonrían ustedes un poco, no nos (lo voy a decir bien para que me escuchen ustedes bien) No nos rasguemos las vestiduras ni pongamos a los interlocutores permanentemente entre la espada y la pared, éstas son expresiones que se le atribuyen a José María Caneda que es presidente de la Sociedad Deportiva Compostela y que a veces habla con ese desparpajo, dicen que dice estas cosas y otras, lo de la espalda y la pared y rascarse las vestiduras.

Bueno, en todo caso, acabo ya, y agradezco en la insistencia de Julio Nistal que al menos no sé si a ustedes les permite gran cosa, pero a mí me ha permitido escuchar a Margarita, me va a permitir escuchar a mi buen amigo de tanto tiempo atrás Tiburcio Angosto y en todo caso me permite estos minutos de convivencia con ustedes y con eso me doy por bien pagado. Por mi parte esto es una llamada de atención, ya dije, una auto-crítica, insisto, también una apelación a la esperanza a pesar de todo, a la esperanza como la que demuestran esos neuróticos anónimos, asociados, que comparten entre sí experiencia, fortaleza, esperanza, por cierto para rehabilitarse de sus dolencias, de sus dolencias mentales y emocionales, de sus neurosis.

Del cerebro lo ignoramos casi todo, anoté hace no muchas semanas y titulé así una entrevista, así a toda plana. Del cerebro lo ignoramos casi todo, la expresión no era mía, es de un ilustre neurólogo. Bueno, éste es el primer paso para el conocimiento, el primer peldaño para la esperanza, a veces tengo la impresión de que perdemos las facultades del lenguaje, desordenadamente, sin dar importancia a ese deterioro y sin reparar, sin caer en la cuenta de que ese es nuestro más valioso software en medio de tan llamativo y espectacular hardware como el que nos rodea.

Vuelvo a decir que debemos ser cuidadosos al reflejar lo que queremos decir, al decir lo que queremos decir, pero muy especialmente al reflejar lo que otros dicen, vuelvo a decir que debemos evitar, por encima de todo, la perversión del lenguaje, la perversión de las palabras, porque en la perversión del lenguaje, de la palabra está el origen, normalmente, de muchas otras perversiones, y debemos evitar las confusiones, la indignidad con la indigencia, la gimnasia con la magnesias, la mayoría absoluta con el desprecio a las minorías, el oligofrénico con el discrepante, el descerebrado con el diferente, el adversario con el enemigo. Concedamos entonces, a pesar de todo y pensando sobre todo en lo que a ustedes más les preocupa una esperanza a la esperanza, yo quiero acabar así, quiero contarles dos, cuatro, cinco versos de Celso Emilio Ferreiro, un gran poeta gallego, y quiero contárselo a ustedes que vienen de fuera, en la expresión, en la lengua en que fueron escritos y concebidos y recitados por el poeta que ya no está, en muchas ocasiones, en definitiva, en la lengua en la que yo, hace ya algunos años aprendí a decir mis primeras palabras y en la que continuamos creyendo y confiando como en esta otra en la que yo ahora me dirijo a ustedes, escribió Celso Emilio (y ustedes lo van a entender bien): “a realidade existe porque existe a palabra, para ser libre o home debe saber decir creo na esperanza”. Saber decir, saber decir, precisa coherentemente, atinadamente, pacífica y amablemente, en eso estamos o en eso querríamos estar siempre quienes nos dedicamos a contar lo que pasa o esperamos o aspiramos a contar lo que pasa. Gracias por lo tanto por permitirme la intervención y por escucharla con esa atención con la que lo han hecho y salud y esperanza a todos , muy especialmente a quienes no disfrutaban de la salud de la que nosotros gozamos.

Gracias.

D. Tiburcio Angosto Saura

Jefe de Servicio de Salud Mental de Galicia. Servicio Galego de Saúde Mental (SERGAS)

Muchas gracias, y de nuevo estoy aquí con ustedes, yo, la verdad es que me da vergüenza hablar después de Margarita y de mi amigo José María con el cual viví, justo en este sitio cuando eran éstos unos pabellones desvencijados y éramos de aquí y éramos becarios, aquello que se llamaban becarios del rectorado. Entonces me da vergüenza por lo que voy a decir, es algo así como la cruda realidad y la realidad es la realidad, por mucho que la adorna Celso Emilio Ferreiro, es siempre la realidad. Entonces voy a tratar de ser breve porque yo creo que tenemos después el taller y tal vez en el taller se podría incidir más en los aspectos que yo voy a decir.

El tema fundamental que voy a tratar es el tema de la violencia, tal y como está concebida en los medios de comunicación, la violencia del enfermo mental, de la enfermedad mental, porque como ustedes saben existe una estrecha relación entre trastorno mental y violencia, sobre todo a nivel de la opinión pública, esto es debido a reportajes sensacionalistas que ocurren cada vez que un enfermo mental comete un delito o acto violento, tal y como decía antes Margarita Serrat basta encender la tele en esas horas de entre las 6 y las 8 de la tarde para inundarse de este tipo de mensajes sensacionalistas.

También hay un mal uso, a mi modo de ver, de algunos términos psiquiátricos como el término psicótico, término psicopático, luego lo veremos porque voy a poner algunas noticias periodísticas para que vean cómo se utiliza el lenguaje, no con la brillantez de José María, pero para que vean cómo se utiliza el lenguaje en la prensa escrita.

Y hay otro aspecto que es la explotación de los estereotipos reduccionistas por parte de los medios de comunicación, de esta forma el público acaba justificando su miedo a la enfermedad mental o al enfermo mental, a través de este tipo de programas y de este tipo de noticias. No obstan-

te, yo quiero decir que efectivamente como veremos, la violencia en el enfermo mental existe pero la connotación que se le da es absolutamente desmesurada como luego veremos en los estudios, si nos da tiempo a hablar de esto.

Hay un informe, el informe Boid, que es muy famoso. Es una encuesta confidencial entre suicidios y homicidios cometidos por enfermos mentales. Este informe se publicó en 1995 pero se realizó un estudio entre los años 91-93 en el cual se estudió los homicidios ocurridos en Inglaterra y Gales en estos tres años, y éste estudió los que habían cometido los enfermos mentales y estudió esas características porque lo que estaba apareciendo en la prensa es que estos homicidios eran cometidos por esquizofrénicos, negros, que acaban de salir del hospital. La otra característica era que estaban sin medicación y eran extranjeros. Esta era la connotación que aparecía en la prensa, entonces él empezó a estudiar, encontró que habían ocurrido alrededor de 2.000 homicidios, pero sin embargo sólo habían sido cometidos por enfermos mentales 32, pero sólo un tercio de éstos estaban diagnosticados de esquizofrenia y la cuarta parte estaban diagnosticados de psicosis maniaco-depresiva, pero la mayoría eran caucásicos, eran blancos y muy pocos habían dejado la medicación y un buen porcentaje habían seguido lo que se podía suponer un tratamiento correcto.

Por ejemplo, otro estudio también más actualizado en Colombia, saben ustedes que Colombia es uno de los países donde la violencia está al orden del día, ocurre por ejemplo en una ciudad como Medellín, ocurre un homicidio cada 20 minutos, y las estadísticas del año 2000 han conseguido que haya un homicidio cada 3 horas, es decir que la violencia en Colombia es algo muy a la orden del día. Y había estudios previos o por lo menos había en el ambiente periodístico de que esta violencia era producida porque estas personas consumían alcohol o consumían drogas. Bueno ya en un estudio muy riguroso, que se ha hecho hace muy poco se ha visto que esto no tiene nada que ver, que algo así como que 10 de cada 13 muertes ocurre por venganza, no tiene nada que ver ni con el consumo de alcohol ni con el consumo de drogas, que por lo tanto se asimila-

ba a enfermedad mental. Y otro aspecto también que se vio en el estudio Boid que luego veremos, es que los actos violentos de los enfermos mentales estaban muy relacionados con la comorbilidad, es decir, cuando se consume, aparte de tener una enfermedad mental, se consume alcohol u otros tóxicos, entonces era cuando el porcentaje de posibilidad de cometer un acto violento era mayor.

Voy a pasar rápido, insisto, porque si luego tenemos el taller tal vez podríamos detenernos algo más, bueno la imagen que aparecen en los medios de comunicación de la enfermedad mental no ha cambiado desde la II Guerra Mundial y representa al enfermo mental siempre como violento y homicida, según estudios realizados en 1961 y 1991, son estudios que se replicaron y esta se mantenía, este tipo de idea. Este estudio que tienen ahí es un estudio que hicieron en EEUU de 20.000 diálogos y realizados sobre 1.371 programas de televisión, es un estudio de 1993 hecho por la escuela Anenberg, que es una escuela que estudia cómo es la comunicación, y cuáles son los indicadores de comunicación culturales, entonces extrajeron cómo se concebía la enfermedad mental y éstos, imagínense, son 1.371 programas de televisión. Bueno, el personaje del enfermo mental se encasillaba casi siempre en el papel de trastornado al que se teme, se rehuye, se castiga y que resulta vergonzante. El enfermo mental aparecía como el más violento, pero atención, también como el más victimizable, del cual también más se abusa, La violencia y el castigo se mostraban como inherentes a la enfermedad mental en sí, el 42% de los individuos normales se representaban como violentos frente al 70% de los calificados como enfermos mentales, 6 de cada 10 enfermos mentales se mostraban de una forma positiva pero sólo 2 de cada 10 aparecían como buenos o como buenas personas.

Esto de aquí es un estudio que se hizo hace 10 años, de Salud Mental y prensa en Galicia, aquí yo quería que ustedes vieran la fila de rojo, en la que como, se hace la asociación conflicto-delito en enfermos mentales, como, este estudio se hizo sobre noticias, se cogieron no sé si fueron casi 2.000 noticias, relacionadas con la enfermedad mental, entonces se vio que, cuando era alguien, digamos que hacía declaraciones en el periódico

aislado, como una mujer o un hombre, la asociación entre delito y conflicto en enfermedad mental fíjense qué cifras daban, mientras que, el grupo cuando era un grupo el que decía lo que pensaba sobre esta asociación o se expresaba en relación a algún tipo de conflicto no alcanzaba ni el 10%, en los otros casi el 90% y más del 70%. Y la fila primera, favorable a la integración social, aquí ustedes ven cómo cuando uno habla por sí mismo habla solo, es mucho menos favorable a la integración social que cuando se es un grupo o se es un organismo el que habla en relación a la integración social. Y lo que sí es muy interesante es que nadie es favorable o un porcentaje bajo favorable a la institución psiquiátrica, es lo que hablamos esta mañana. Esta mañana estábamos comentando en relación al descenso de camas y a las instituciones psiquiátricas, yo creo que muy pocas personas ya, en estos momentos, pueden defender con cierta razón la institución psiquiátrica como tal, bien, esto es lo que hemos dicho.

En las denominaciones periodísticas de la enfermedad mental también hay algo muy curioso, la diferencia entre la prensa gallega y la prensa nacional, porque este estudio se hizo cogiendo periódicos de los dos sitios, de la prensa nacional y de la prensa gallega. El concepto de enfermedad mental, la denominación enfermo mental es más frecuente, como ustedes ven, en la prensa nacional que en la prensa gallega, y deficiencia, deficiencia mental sin embargo es más utilizado en la prensa gallega que en la prensa nacional, luego no hay muchas diferencias en todo lo demás. Esto es, los términos más liberados de connotación enfermedad mental y deficiencia psíquica son los más utilizados, como ustedes han visto en ese gráfico, y aparecen en la cuarta parte de las unidades informativas, las unidades informativas es cada noticia, el primero de ellos es más asumido en la prensa nacional y el segundo es más asumido en la prensa gallega.

Esto es un estudio que hicieron en Andalucía sobre la frecuencia de las unidades temáticas y voy a ir hasta la banda amarilla que va a aparecer para que vean ustedes como, se destaca, en relación a la enfermedad mental, el homicidio sobre todo lo demás, fíjense, esa es la amarilla se destaca, la tercera es los conceptos de psiquiatría y psicología clínica,

era el año 87 en Andalucía, se discutían esos dos, había esta especie de, digamos, de controversia entre los psiquiatras y los psicólogos pero todo lo relacionado con el homicidio era mucho más, aparecía mucho más en la prensa que todo lo demás, fíjense ustedes que estamos en el año 87 y hay una, la transformación del hospital psiquiátrico que se estaba realizando en Andalucía, esta mañana oí a un compañero andaluz que conocerá bien esto, fíjese qué poco se hablaba en la prensa de esto, de la transformación del hospital psiquiátrico, sin embargo de los homicidios era mucho más frecuente, vamos a continuar porque estos datos...

Esta banda más azul es la enfermedad mental como atributo de algo, algo se hace porque se es un enfermo mental, esto es la categoría, también, ahora verán cómo aparece locura y delito, es ésta, aquí está locura y delito es esta banda vean ustedes también cómo aparece con una alta frecuencia por ejemplo más que relacionada, ahora la verán, fíjense la que van a aparecer ahora que son recursos terapéuticos, se estaba desarrollando la transformación de la asistencia psiquiátrica en Andalucía y no se hablaba de los recursos, de los recursos terapéuticos, pero fíjense la banda de homicidios o las causas, lo relacionado con enfermedad mental. Bueno, esto es una de las conclusiones de aquel estudio, el volumen informativo es superior en la prensa gallega en los aspectos relacionadas a la salud y a la enfermedad y tienen mayor atención que en la prensa nacional, y este otro aspecto, el hecho de que la mitad de las informaciones subordinen a la enfermedad mental aspectos delictivos o conflictivos contribuye a privilegiar un enfoque negativo centrado más en al enfermedad que en la salud mental.

Bueno, esa es una noticia de periódico: un esquizofrénico ataca a su madre, (estas noticias son recogidas de la prensa de los últimos 6 meses o tal vez un año,) fíjense los titulares: “Un esquizofrénico ataca a su madre tras asesinar con un hacha a su padre”, ésta es otra también muy sorprendente relacionada con nosotros los técnicos, una absolutamente contradictoria: “expertos en salud mental afirman que los avance científicos perjudican”, una cosa sorprendente; esta es una noticia que tiene que ver

con alguien que está muy cercano, hemos borrado los nombres, pero ustedes ven las dificultades porque todo esto conduce, efectivamente, al estigma y ésta es una de las consecuencias: “los propietarios de pisos se niegan a alquilar uno para reinserción de enfermos mentales”; este otro: “la unidad de psiquiatría está colapsada por los ingresos judiciales”; este otro, lo que hablábamos antes “el psicópata que apuñaló a su hermano se enfrenta al jurado”, el psicópata en el sentido, probablemente aquí esté diciendo que era una persona antisocial pero se emplea psicópata que se asocia a enfermedad mental; y esto es una aparecida ayer, también un tanto sorprendente en la que “un grupo de psiquiatras denuncian continuas agresiones por parte de algunos pacientes”, incidiendo en este sentido en lo relacionado con el estigma social, con la violencia asociada a enfermedad mental, estaba preparando la conferencia ayer y me encontré esta noticia y no puede resistirme a ponerla aquí en esta conferencia.

Bien, ésta es una de las conclusiones de aquel trabajo que decía del año 90 y lo he puesto porque yo creo que viene muy en relación con lo que hablábamos esta mañana, una política sanitaria dirigida a la integración de los enfermos mentales obtiene mayor evidencia, credibilidad y repercusión periodística cuanto procede de instancias administrativas más asequibles y próximas al ciudadano, esto es muy importante porque yo creo que tiene que ver mucho más con ustedes que realmente con la administración. Bueno esto último, yo he puesto aquí una serie de aspectos relacionados con algunos colegas míos de las cosas que dicen en la prensa, pero yo quería acabar, bueno acabaré con unas conclusiones, pero quería acabar con transparencia. Es un grupo de psiquiatras, 300 psiquiatras ingleses, en 1995, preocupados por esto precisamente de lo que estamos hablando de la repercusión del estigma sobre el enfermo mental y en la prensa, la influencia de la prensa en la conducta humana, ellos firmaron una petición criticando la cobertura que los media, que los medios de comunicación hacían de la enfermedad, la petición fue enviada a los editores de la prensa nacional, a la BBC, al Canal 4, etc. Y el texto es el siguiente: “nosotros, profesores y miembros del Royal College of Psychiatry estamos seriamente preocupados por la existencia y persistencia de una presentación incorrecta en los medios de comunicación de la

enfermedad mental (el Real Colegio de Psiquiatras podría ser el equivalente, en nuestro medio, a las asociaciones profesionales); el segundo punto dice” queremos advertir que recientes investigaciones han mostrado que se ha generalizado el uso por los medios de comunicación de imágenes estigmatizantes de enfermos mentales y que estas descripciones tienen un impacto negativo en el público, con creencias y actitudes erróneas hacia las personas que sufren por tener una enfermedad mental, la experiencia de los médicos (que es diferente de los de aquí) la experiencia de los médicos y otros trabajadores de esta área es que tales imágenes tienen un efecto perjudicial sobre los individuos con trastornos psicológicos, sus familias y cuidadores, estas imágenes pueden crear efectos adversos sobre la estima y la confianza en sí mismos, incrementan el miedo a los trastornos psiquiátricos entre las familias, entre la sociedad, etc”. Y el cuarto punto, hacen un llamamiento a un mayor debate “y emplazamos particularmente a los medios de comunicación audiovisual y prensa escrita a debatir la persistente reiteración de las falsas imágenes de la enfermedad mental, requerimos a las autoridades de la difusión alentar a hacer programa imparciales y recomienden que se hagan libros de estilo sobre cómo tratar este problema de la enfermedad mental”, porque todo esto a lo que nos lleva es a un estigma y a que tengamos problemas como el que anunciábamos antes de los pisos o los problemas relacionados con la reinserción o el tratamiento en la comunidad de los enfermos mentales.

Las consecuencias del estigma ahí las tienen ustedes, son las propuestas por la Asociación Mundial de Psiquiatría y son los problemas de vivienda, dificultades de empleo, el aislamiento social, y los efectos negativos sobre el paciente y la familia. Yo creo que con esto es suficiente y podemos, luego en el taller, seguir hablando.

Muchas Gracias.



Conclusiones

Conclusiones

1. Las Asociaciones están en una situación de precariedad económica para desarrollar su labor a nivel asistencial. No existe correlación entre las funciones a asumir y las condiciones económicas para hacerlo. Por ello, es necesario que, a la hora de asumir la prestación de servicios asistenciales (como es el momento actual), esta prestación se realice con los recursos económicos que garanticen la calidad asistencial y los derechos del colectivo.
2. Es necesario que se establezca una línea de actuación cohesionada entre todas las partes implicadas en la Salud Mental (administración, profesionales, asociaciones, etc.) y los compromisos a asumir por cada una de estas partes para llevar a cabo un PLAN DE SALUD MENTAL.
3. Se destaca la necesidad e importancia de la rehabilitación y la formación para conseguir la integración laboral. En este sentido, sería necesario promover la “discriminación positiva” de nuestro colectivo dentro del ámbito de las minusvalías con el ánimo de facilitar este proceso, en el cual es fundamental la información y formación de los empresarios.
4. Se deben dirigir los esfuerzos en el ámbito de la integración laboral, a exigir, por un lado, que se cumpla la contratación del 2% de personas con minusvalía en las empresas y, por otro, que este 2% sea proporcional al tipo de discapacidad.
5. Se constata la preocupación e interés que despiertan en las familias las cuestiones jurídicas (incapacitaciones, tutelas, testamentos, intervención en crisis, etc.), por lo que se determina la necesidad de establecer un marco específico (bien en próximas Jornadas o bien en cursos habilitados para ello), en el que se aborden estas cuestiones.

6. En aras de la integración social del colectivo, se considera fundamental la utilización de los recursos “normalizados” existentes en la comunidad; sin perjuicio del establecimiento de recursos y programas específicos para las personas afectadas por una enfermedad mental. En este sentido, se considera muy importante y necesario el desarrollo de campañas de sensibilización social.
7. Ha despertado mucho interés y generado un gran debate el tema sobre medios de comunicación y salud mental, sobre todo en lo que se refiere al tratamiento que los medios dan a nuestro colectivo, que en la mayoría de los casos provoca alarma social, es estigmatizante y contiene signos de carácter peyorativo. Por ello, es de suma importancia llevar a cabo mecanismos de formación e información a los profesionales de los medios, a través de los cuales divulgar las informaciones de un modo objetivo y veraz. En este sentido, es importante que en la comunicación básica las propias personas con enfermedad mental tengan su lugar y puedan manifestarse, al ser ellos los auténticos protagonistas.
8. Cuando se trata de medios de comunicación y Salud Mental, es indispensable salvaguardar la dignidad individual y colectiva, evitando la conversión de personas y grupos en personajes estereotipados.

Un reto en Salud Mental: La inclusión social



FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES
Y ENFERMOS MENTALES



FEAFES

GALICIA

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE FAMILIARES E ENFERMOS
MENTALES DE GALICIA



CEiFEM

CENTRO ESPAÑOL DE
INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL