temes d'estudi

informació psicològica • nº 97 • setembre-desembre 2009 • pàgines 4-16

Los programas de rehabilitación psicosocial (RHPS) e inserción socioprofesional dirigido a personas con enfermedad mental severa (Albanta, Agora, Alalba y Albero Artesanos)

María Huertas Zarco
Jefa de Servicio de Salud Mental del Dpto. 09 de la Comunidad Valenciana y Directora del Programa ALALBA

Inmaculada Navarro Morales
Dra. en Psicología. Psicóloga Clínica de la Asociación Albero Artesanos

resumen/abstract:

Durante los años 1995-2007, desde el Equipo de Salud Mental del área 09 de la Comunidad Valenciana hemos desarrollado tres programas, Albanta, Ágora y Alalba, de rehabilitación y reinserción sociolaboral para personas con enfermedad mental crónica. Empleando una metodología global de investigación-acción participativa, con un marco de referencia comunitario diseñamos y aplicamos un programa con cuatro fases secuenciales y progresivas, que permitieran la integración adecuada de cualquier usuario que lo necesitara, con diferentes grados de cronicidad, deterioro psicológico, autonomía y red social. Cada una de las fases se implementó con un conjunto de módulos, en el que se trabajaron áreas físicas, psicológicas y relacionales. En este trabajo nos limitamos a describir los principios que han caracterizado nuestro trabajo en rehabilitación: accesibilidad, adecuación, actuación paralela y simultanea en tres espacios: personal, familiar y comunitario, utilización de espacios normalizados, continuidad de cuidados, trabajo en equipo interdisciplinar, reciclaje formativo continuado, participación comunitaria, coordinación interinstitucional y utilización del sentido común.

During years 1995-2007, from the Equipment of Mental Health of area 09 of the Valencian Community we have developed three programs, Albanta, Ágora and Alalba, of rehabilitation and sociolaboral reintegration for people with chronic mental disease. Using methodology global of investigation-action participativa, with frame of reference communitarian we designed and we applied program with four phases sequential and progressive, that allowed the suitable integration of any user who needed it, with different degrees from cronicidad, psychological. autonomy and social network deterioration. Each one of the phases was implemented with a set of modules, in which physical areas, psychological and relational areas are worked l. In this work we limited ourselves to describe the principles that have characterized our work in rehabilitation: accessibility, adjustment, parallel performance and synchronize in three spaces: personnel, family and communitarian, use of standardized spaces, continuity of cares, work in equipment to interdiscipline, continued formativo recycling, communitarian participation, interinstitutional coordination and use of the common sense.

palabras clave/keywords:

Rehabilitación psicosocial, reinsercion socio laboral, investigacion-accion-participativa, cronicidad, red social, equipo interdisciplinar.

Psycho-social rehabilitation, reintegration labor partner, investigation-action-participativa, cronicidad, social network, equipment to interdiscipline.

Introducción

El término crónico, en Salud Mental se aplica a las personas que sufren trastornos mentales severos, de inicio precoz, de larga duración, en los que se produce una distorsión cognitiva progresiva y en los que se observan dificultades o deterioro gradual en el desarrollo de las capacidades relacionadas con los aspectos de su vida diaria, autonomía, convivencia familiar, relaciones sociales, autosuficiencia económica y participación del bien común: derechos y responsabilidades de ciudadanía.

Liberman (1988) define al enfermo mental crónico como la persona con diagnostico de esquizofrenia o trastorno afectivo mayor que llega a una dependencia social y económica externa (familiar, asistencia social, recursos sanitarios y municipales, etc.) Establece tres dimensiones para medir la cronicidad: diagnostico de trastorno mental severo, funcionamiento social deteriorado y larga duración.

Goldman y cols. (1981) consideran la cronicidad como consecuencia de enfermedades mentales graves, en cuya evolución se erosionan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales sobre tres aspectos o más de su vida cotidiana (higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje y ocio), y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica.

La cronicidad, en el caso de los trastornos psicóticos, espacio en el que vamos a delimitar nuestro trabajo, cuenta con una especificidad importante en su causalidad. A la evolución natural de la dolencia, se suman como factores cronificantes el deterioro producido por el propio tratamiento (internamiento prolongado y terapias agresivas) y la incomprensión y handicap social que perpetúan el aislamiento y conducen a la regresión. El abordaje terapéutico y social de la cronicidad: la rehabilitación psicosocial y reinserción socio-laboral, que supone la adquisición o posibilidad de acceso a plenos derechos de las personas con enfermedad mental, es un tema de planteamientos relativamente recientes, ya que la esquizofrenia y el resto de trastornos psicóticos (la estigmatizada locura encerrada en los manicomios) han sido consideradas ancestralmente como dolencias degenerativas, progresivas e irreversibles, al mismo tiempo que se han mantenido popular y "científicamente" las creencias de su peligrosidad y necesidad de aislamiento. Aunque en los años 50 del siglo XX, se comienza a disponer de psicofármacos eficaces, sobre todo para los síntomas positivos, y se inician líneas de investigación desde diferentes teorías psicosociales y neuropsicológicas que suponen avances importantes, en nuestro estado no se producen cambios significativos hasta los años 70. Es entonces cuando se comienza a extender en las diferentes comunidades una crítica rotunda del manicomio como espacio de reclusión y marginación, obsoleto en cuanto a sus funciones curativas, así como de la situación infrahumana que en estos lugares sufren las personas con enfermedad mental.

Son una parte de los profesionales que trabajan con ellos los que efectúan estas denuncias, secundados por filósofos, sociólogos y otros intelectuales que teorizan sobre las instituciones totalitarias, la segregación social y la privación de derechos de este grupo poblacional, y apoyados por asociaciones y grupos ciudadanos. Conjuntamente se preconiza la atención de este tipo de

trastornos en la comunidad y la creación de recursos que la posibilite.

Después de un transcurso de casi dos décadas de iniciativas y experiencias transformadoras, sin recursos que las sostuvieran o garantizaran su continuidad, solo posibles por el voluntarismo y entusiasmo de sus actores, por fin, a partir del año 85, se comienza a legislar y a planificar en casi todas las comunidades de nuestro estado medidas de integración y programas de reforma, que recogen las reivindicaciones planteadas. Todos los contenidos programáticos incluyen la atención preventiva, asistencial y rehabilitadora de las personas con trastornos mentales en su contexto habitual, y consecuentemente planifican la implantación de Equipos de Salud Mental interdisciplinarios, el tratamiento de los agravamientos o situaciones criticas en los Hospitales Generales, la creación de estructuras intermedias para apoyo personal, familiar y actividades rehabilitadoras para los pacientes crónicos, la colaboración intersectorial y la participación comunitaria.

Pero la dotación de recursos ha sido muy lenta y desigual, encontrándonos con comunidades con una buena red de recursos, en otras incompleta y precaria, y algunas en las que no se ha hecho prácticamente nada. Respecto a las líneas de trabajo han dependido del libre albedrío de los profesionales de los muy diferentes equipos, por lo que la situación actual de asistencia en las áreas/comunidades es de la más absoluta diversidad. En el caso de la Comunidad Valenciana, espacio en el que nos situamos, en el año 94, transcurrida una década desde la Ley general de Sanidad, nos encontramos con que no existen en los Equipos de Salud Mental recursos humanos, materiales, ni infraestructurales que permitan la atención adecuada y digna a personas con trastornos psicóticos, más allá de la asistencia ambulatoria y las Unidades de ingreso de los Hospitales Generales para las situaciones críticas. Si antes pasaban su vida encerrados en el manicomio, ignorados por la sociedad y las instituciones sanitarias, educativas y sociales, ahora los nuevos crónicos permanecen en su casa aislados de su contexto, rotas sus amistades y relaciones, interrumpida su actividad formativa o laboral e incapaces de salir de su situación regresiva sin apoyos o estímulos externos y adecuados. En el seno de una familia que se siente conflictuada y sobrecargada en su convivencia. Y encapsulados en una comunidad en la que perviven creencias prejuiciosas sobre la irreversibilidad y peligrosidad de su enfermedad. Sobreviven en una situación iatrogénica en la que el deterioro de hábitos personales y sociales y la perdida de responsabilidades y derechos es inevitable y progresiva.

Nuestro espacio de referencia, el área de salud 09 consta de nueve pueblos de cinturón industrial de la ciudad de Valencia, con unas características socio demográficas muy particulares. El equipo de Salud Mental encargado de la atención de esta población, comenzó su trabajo comunitario en el año 1980 y desde su inicio ha intentado ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades que se planteaban por sus usuarios, desde una perspectiva integral e integradora de la Salud. Desde este marco de referencia se han ido iniciando y desarrollando diferentes programas preventivo-asistenciales de formación y coordinación con E.A.P. y equipos sociales, de colaboraciones intersectoriales, de participación ciudadana, de terapia grupal de mujeres,

de relajación, habilidades sociales, deshabituación a sustancias tóxicas, de acogida (atención inmediata al usuario), formación continuada, docencia, colaboración en investigaciones de la Universidad, Espacio de Conferencias Clínicas... y tantos otros como se han propuesto y valorado de interés clínico, psicológico y social. Sin embargo, el tratamiento de las personas diagnosticadas de psicosis, consideradas nuestros usuarios más importantes por ser los más necesitados, incomprendidos y marginados, con la atención ambulatoria y domiciliaria y el recurso de la unidad de agudos del Hospital General, se mostraba claramente insuficiente para evitar el aislamiento, la cronificación, la regresión personal y el desgaste familiar. Comenzamos a realizar intervenciones terapéuticas grupales de recuperación de hábitos, habilidades sociales y utilización de espacios normalizados, inclusión en programas culturales, formativos y de ocio y tiempo libre, así como trabajo grupal psicoeducativo con familias y actos de sensibilización comunitaria, obteniendo resultados positivos a pesar de la puntualidad y limitación de estas actividades, ya que no contábamos con recursos materiales y humanos específicos para llevarlas a cabo y para conseguir una continuidad que valorábamos necesaria.

Por estas razones: necesidad detectada, expresada y perentoria, experiencias previas positivas, e imposibilidad de contar con los recursos necesarios de las instituciones competentes, decidimos utilizar una vía desconocida hasta entonces para nosotros/as, y presentamos al Fondo Social Europeo desde el año 1995 hasta el 2007 los tres programas consecutivos ALBANTA, AGORA y ALALBA.

Historia y antecedentes del programa Alalba y Albero Artesanos

El campo de la Rehabilitación Psicosocial actualmente es amplio y variado. Su desarrollo teórico y empírico ha oscilado por campos dispares y complementarios desde la elaboración de complejas estrategias de intervención para luchar contra la discapacidad hasta sofisticados sistemas de evaluación de los programas con desarrollo de indicadores de impactos, etc. Por ejemplo, la identificación de los principales predictores de éxito para que la inserción sociolaboral garantice una plena reinserción social. En general, parece que en esta joven disciplina, predomina la aplicación práctica de programas y proyectos sobre la complejidad investigadora.

El Programa Albanta (Huertas, M; Peris, P; Gallach, E) Programa de Rehabilitación y Reinserción Sociolaboral para enfermos psicóticos crónicos, (1995-1997). Fue el primer programa de rehabilitación de psicóticos de la Provincia de Valencia y el único de la Comunidad Valenciana que incluye la capacitación y reinserción laboral. El Programa Agora (Huertas, M; Peris, P; Gallach, E), Desarrollo de Nuevas Iniciativas de fomento de empleo para la Reinserción Sociolaboral de personas con enfermedad mental (1998-2000). Fue diseñado para conseguir la integración social y laboral de un colectivo tradicionalmente marginado y segregado. Los dos programas fueron diseñados y presentados al Fondo Social Europeo por María Huertas, Pau Peris y Elisa Gallach, Psiquiatras y Psicóloga del Centro de Salud Mental de Aldaya. Los destinatarios de estos programas fueron los/as usuarios/as del los Centros de Salud Mental del Area 08 (en la actualidad Dpt 09). A continuación pasamos a describir el

último programa presentado El Programa Alalba que recoge la filosofía, contenido y metodología de los dos programas anteriores (Albania y Ágora).

El Programa Alalba 2005-2007

El programa ALALBA (Huertas, M; Peris, P; Gallach, E): Rehabilitación e inserción socioprofesional de personas con enfermedad mental severa (2005-2007). Es un proyecto financiado por el Fondo Social Europeo, iniciativa Equal y cofinanciado por la Asociación de Desarrollo ALALBA: Excm. Diputación de Valencia, Universidad de Valencia, Ilmo. Colegio de Psicólogos, Obra Social, C.A.M, C.I.E.R.V.AL, (Confederación Empresarial Valenciana), Albanta Jardines C.E.E., Asociación Albero Artesanos, Asociación Mujeres Verdes de la Comunidad Valenciana, Asociación en apoyo a la Salud Mental (A.A.S.A.M), Asociación Mujeres para la Salud, Comisiones Obreras del País Valencià (CC.OO.P.V).

Fue un proyecto presentado y aprobado en la iniciativa Equal del Fondo Social Europeo, para la rehabilitación e inserción socioprofesional de personas con enfermedad mental severa (2005-2007). Desarrollado por un equipo interdisciplinar desde una perspectiva comunitaria de trabajo con el individuo, la familia y el entorno laboral y social. El programa ALALBA representa la continuación y complementariedad de la acción iniciada con la rehabilitación y reinserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental severa en los anteriores programas (Albanta y Ágora). Los principios de nuestro modelo de rehabilitación (Albanta, Ágora y Alalba) son los siguientes:

- Marco de referencia comunitario
- Metodología global de investigación-acción participativa
- Accesibilidad
- Adecuación
- Tridimensionalidad de actuaciones: individuo, familia, sociedad
- Utilización de espacios normalizados
- Continuidad de seguimiento
- Trabajo en equipo interdisciplinar
- Participación comunitaria
- Coordinación interinstitucional
- Utilización del sentido común
- Transnacionalidad

Estos programas se han venido desarrollando en el Departamento de Salud 09 (Mancomunidad L'Horta Sud) de la Comunidad Valenciana. Han constado de dos acciones entrecruzadas y complementarias:

1. Rehabilitación y reinserción socio-comunitaria, capacitación profesional diversificada y creación de empleo. Por medio de un trabajo secuencial, grupal y personalizado con una intervención tridimensional sobre y con el individuo, su familia y la comunidad. Se persigue como objetivo básico y global la adquisición de capacidades, derechos y responsabilidades para este grupo poblacional.
2. Desarrollo de nuevos perfiles profesionales expertos en rehabilitación y reinserción socio-laboral de personas con enfermedad mental. Por medio de un Máster de 700 horas en colaboración con el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales y la Facultat de Psicología de Valencia.

Los destinatarios son: las personas con enfermedad mental severa, sus familias y la comunidad. Las personas con enfermedad mental severa (diagnosticadas de Esquizofrenia o de Trastorno por Ideas Delirantes tipo persistente, crónico o en vías de cronificación que reside en su domicilio y cuya incapacidad psíquica, condicionada por la pérdida de autonomía, hábitos y relaciones sociales y laborales, hacen de él/ella una persona cada vez más dependiente y una carga familiar y social. La familia del paciente, que equivocadamente, por falta de información y recursos lo mantiene aislado/a, hiperprotegido/a, contribuyendo a su progresiva invalidez social. Y, por último, el contexto comunitario que ignora y segrega al discapacitado/a como ciudadano/a, no facilitándole la satisfacción de sus necesidades y su acceso al mundo laboral. Los objetivos de los programas (Albanta, Ágora y Alalba), han sido los siguientes:

- Posibilitar la adquisición de derechos de éste colectivo, a través de la rehabilitación y la reinserción sociolaboral.
- Implementar y desarrollar recursos y actuaciones adecuadas, promoviendo nuevos enfoques y contenidos para conseguir la integración social y laboral.
- Sensibilizar a familiares, instituciones educativas, culturales, laborales, políticas, empresariales y asociaciones, de la necesidad y derecho a la inclusión en todos los espacios ciudadanos para reducir el estigma y fomentar la solidaridad social.
- Informar y difundir a la población sobre los derechos civiles y humanos de los/as destinatarios/as del programa, como parte integrante de la comunidad, y de la necesidad de su apoyo y participación.

Las principales características han sido las siguientes:

1. Programas secuenciales: han permitido integrar a personas con diferentes grados de autonomía y déficits en la fase correspondiente.
2. Individualizados: adaptados a las necesidades de cada usuario/a. Las cuatro fases de los programas abarcan desde la rehabilitación psicomotriz y social hasta la inserción laboral, tratando de aproximarse al máximo a conseguir el objetivo final propuesto, como cualquier ciudadano/a de plenos derechos. La enfermedad mental severa ocasiona en las personas que las padecen tres efectos fundamentales: deterioro/discapacidad/minusvalía. Por ello, los programas han pretendido abordar las tres cuestiones.
3. La metodología de trabajo durante toda la secuencia es de investigación-acción participativa, que ha implicado evaluaciones semestrales y continuas y han facilitado el paso de un nivel a otro según los avances obtenidos en cada persona, así como la adaptación o innovación de actividades en cada módulo valoradas como más eficaces para conseguir progresos en cada momento evolutivo.
4. Han estado diseñados desde una perspectiva comunitaria, un trabajo de equipo interdisciplinar y coordinación multidisciplinar con todas las entidades municipales y asociativas de nuestro contexto de intervención. Los programas se han realizado en tres grandes

vías de acción, paralelas y complementarias: la individual, la familiar y la comunitaria que configuran un modelo biopsicosocial.

5. Todas y cada una de las actividades de los programas, rehabilitadotas, sociales, formativas y culturales se han realizado en entornos normalizados , procurando desde el inicio una labor convivencial e integradora con el resto de ciudadanos/as.

Los programas han sido de naturaleza secuencial y han comprendido las siguientes fases:

Fase I: el objetivo genérico consiste en la rehabilitación psicofísica para pacientes con importante deterioro funcional e incluso con una pérdida total de autonomía. Uno de los objetivos prioritarios en esta fase es la rehabilitación cognitiva (dificultades para la planificación de la tarea, problemas con la memoria autobiográfica, memoria a corto plazo, memoria prospectiva, sobre lo que tienen que hacer mañana, problema en el manejo del espacio y del tiempo, alteraciones en la percepción del esquema corporal, dificultades para mantener la atención y la concentración). Otros objetivos a conseguir a conseguir en esta fase son los siguientes: adquisición de hábitos de higiene y autocuidados, desarrollo de autonomía personal, potenciación de habilidades sociales, adquisición de cierta conciencia de enfermedad, sintomatología, requerimientos farmacológicos y de adhesión al tratamiento, activación motora que posibilite la motivación hacia las relaciones sociales, actividades de ocio y tiempo libre, contacto social, colaboración doméstica y deseo de incorporación laboral a través del desarrollo psicomotor, introducción a la lectura, escritura y cálculo básico que permitan acceder a los mínimos requerimientos sociolaborales; y por último iniciación prelaboral: puntualidad, respeto a las normas asociadas a una tarea de ejecución de tareas simples y motivación al logro.

Fase II: corresponde igualmente al objetivo de rehabilitación psicosocial dirigida a pacientes con deterioro leve o moderado y también en esta fase uno de los objetivos prioritarios es la rehabilitación cognitiva con los mismos objetivos citados anteriormente. Se retoman así pues, los objetivos de la anterior fase, pero con criterios más estrictos de consecución y se complementa con objetivos de reinserción psicosocial: consolidar estrategias de autocuidado, higiene, automedicación y autoexploración psicológica, incrementar niveles de actividad espontánea, desarrollar motivación hacia la integración sociolaboral, ampliar la red de apoyo social a través del conocimiento exhaustivo de técnicas de comunicación, habilidades sociales y asertividad, mostrar recursos comunitarios, adiestrar en el empleo de los recursos comunitarios, acceso a distintos niveles de información, establecer la red de integración en la comunidad a través de la familia, consolidar la capacidad para seguir normativas, instrucciones e indicaciones laborales, puntualidad, ejecución adecuada y motivación hacia el trabajo, mejorar la dinámica familiar.

Fase III: el objetivo genérico se centra en la preparación preprofesional y capacitación sociolaboral. Dirigida a pacientes que han pasado por las fases anteriores. Tiene como objetivo la reinserción social de las personas con enfermedad mental crónica con un nivel de deterioro mínimo y una capacidad funcional e instrumental adaptada a las necesidades de su medio. La capacitación

laboral se realiza en las tres especialidades de jardinería, bisutería y cerámica. Los objetivos específicos son: trabajar la actividad laboral de los pacientes con la finalidad de que se motiven e interesen por la consecución de un empleo, disminuir sus creencias erróneas respecto al trabajo, miedo al trabajo condicionado por su supuesta incapacidad y a perder la pensión de invalidez, adquisición de habilidades sociales prelaborales y respeto a las normas, desarrollo de su comprensión lectora y escritora, así como su capacidad para comprender esquemas, croquis, plantillas, etc.

Fase IV: se pretende la inserción laboral de una parte de los pacientes, al menos el 30% que han participado en el programa mediante el trabajo protegido o la formación de una empresa social. Responde al objetivo global del Programa Alalba (Huertas, M; Peris, P; Gallach, E.) como Iniciativa de Empleo EQUAL (F.S.E.). Se trata pues de un conjunto de acciones dirigidas a la reinserción laboral y la profesionalización de todas aquellas personas que hayan superado los objetivos de la fase anterior, hayan o no pasado por ella.

Cada una de las fases ha estado implementada por módulos de intervención y han comprendido las siguientes áreas de trabajo:

Módulos de formación por fases

- Terapia asertiva comunitaria: apoyo y hospitalización domiciliaria, acompañamiento terapéutico y gestión de casos.
- Módulo cognitivo: disminuir los déficits cognitivos de atención, percepción y memoria y prevención de su deterioro.
- Módulo de entrenamiento en Habilidades Sociales-HHSS: proveer de conductas sociales competentes, ampliar y mantener redes sociales, mejorar el ajuste y adaptación social.
- Módulo psicoeducativo: formar y educar en la conciencia de enfermedad mental, entrenar en estrategias de afrontamiento.
- Módulos de talleres: fomentar la creatividad, habilidades técnicas, comunicación y complementariedad en el trabajo.
- Módulos de actividades de la vida cotidiana-AVC: mejora las actividades de higiene, alimentación, vestido, economía y de convivencia familiar.
- Módulo psicocorporal: posibilitar a la persona el paso de una imagen fragmentada de su propio cuerpo al reconocimiento e integración de la vivencia global.
- Módulo instrumental: desarrollar la comprensión verbal-escrita y reforzar los aprendizajes instrumentales básicos.

Módulos transversales:

- Módulos de creatividad: música, teatro y radio.
- Módulo de tiempo libre.
- Módulo de intervención familiar y Escuela de Familias.
- Módulos de participación y sensibilización comunitaria.
- Módulo de Acti-Vida: intervención e inserción social.
- Módulo de perspectiva de género y conciliación familiar.

- Módulo de educación ecoambiental.

Los avances más destacados respectos a los/as pacientes han sido siempre: a nivel clínico: disminución de crisis y número de ingresos. A nivel psicológico: mejoras destacables en la esfera cognitiva, afectiva, motora y social. A nivel funcional: disminución de la cronicidad, capacitación profesional, mejora de la comunicación familiar y establecimiento de una primera red social. En la esfera de la familia: mayor participación en el programa de rehabilitación, cambio de actitudes respecto al conocimiento, comprensión y expectativas sobre la enfermedad mental, mayor apoyo durante las crisis y una disminución importante de la sobreimplicación emocional. El impacto sobre la comunidad se ha manifestado por la respuesta a la campaña de sensibilización cultural, política, social y sanitaria a través de diferentes acciones.

A la finalización de los programas consigue trabajo el 30% de los/as participantes. En 1997 se crea la empresa social Albanta jardines. Al finalizar el programa Ágora, 10 participantes del programa pasan a formar parte de esta empresa, pionera y primer centro calificado de C.E.E. en la Comunidad Valenciana. Hoy en día se encuentra funcionando con ocupación del tiempo total, excelente rendimiento, viabilidad y alta competitividad en el sector. Al finalizar el programa ALALBA (2007), se crea la empresa social Albero Artesanos S.L. de bisutería. Dando empleo a tres participantes del programa. En definitiva Albanta, Ágora y Alalba han supuesto una alternativa eficaz, complementaria e incluso sustitutiva a la hospitalización en la cronicidad.

Nuestro momento actual: La Asociación Albero Artesanos

La Asociación Albero Artesanos nace y se desarrolla en paralelo al desarrollo de los tres programas con el fin de dar respuesta a todas las necesidades existentes en el campo de la rehabilitación y de la reinserción socioprofesional de las personas con enfermedad mental severa. Creando una infraestructura que ofrezca una cobertura posible a las expectativas ya creadas con la puesta en marcha y desarrollo de los programas. Tratando siempre de facilitar a las personas con discapacidad por enfermedad mental una atención rehabilitadora integral, e inserción sociolaboral, cuando los programas finalicen y con la finalidad de conseguir los mayores niveles de integración social, formativa y laboral. La forma de cumplir los fines está siendo a través de la solicitud de subvenciones, presentando proyectos a Entidades Públicas y Privadas para garantizar el fin propuesto.

Esta Asociación carece de ánimo de lucro y tiene personalidad jurídica propia. Se constituye en 1999 coincidiendo con el período de finalización de los programas del Fondo Social Europeo (F.S.E) Albanta (Horizon 1995-1997), Ágora (Horizon 1998-2000): Rehabilitación y Reinserción Social y Laboral de Enfermos Mentales Crónicos, para garantizar una continuidad de recursos de este colectivo tan marginado y excluido.

Esta Asociación está integrada por profesionales de la Salud Mental que participaron en los programas citados, así como de ciudadanos sensibles al grave handicap social que sufre este sector de población. Esta Asociación cobra sentido por las necesidades propias del colectivo de personas enfermedad mental crónica (E.M.C), ellas

y ellos forman parte de un colectivo social que se caracteriza porque:

- Su discapacidad conlleva una vida de rupturas (amistades, familiares, laborales, etc.) que les conducen a una ruptura del lazo social.
- Que el desconocimiento social de la enfermedad mental o bien el miedo a la locura genera un rechazo social.
- Que por la conflictividad familiar les conduce tanto a ellos como a sus familiares a un ostracismo y desprotección social.
- Y en su mayoría con un nivel socioeconómico bajo: ruptura laboral, si en algún momento trabajaron, pero, la mayoría de ellos, nunca consiguieron un trabajo y dependen económicamente, de una Pensión no contributiva.

Por todo ello, están inmersos en una situación de marginación social y laboral. El impacto que persigue esta Asociación y los profesionales que la componen, son:

- Mantenimiento de la Sede Social de la Asociación y su utilización para actividades rehabilitadoras y apoyo familiar.
- Aumento de la calidad de vida de estas personas y de sus familias.
- Capacitación en jardinería, colaboración y apoyo en la integración de inserción laboral en un Centro Especial de Empleo (creado en 1997) en jardinería de la zona de 18 personas con enfermedad mental crónica que procedían de los programas de rehabilitación Albanta y Ágora, programas Horizon del Fondo Social Europeo (1995-2000).
- Mantenimiento de los talleres formativos de Cerámica y Bisutería.
- Mantenimiento y viabilidad de un Centro Especial de Empleo en Bisutería con 5 personas discapacitadas por E.M.C, contratadas en enero 2008.
- Mantenimiento de la Vivienda Tutelada A.A.S.A.M en donde conviven desde 1999, seis personas con E.M.C y desde 2006, 7 personas con E.M.C.
- Disminución del handicap social de este colectivo tan marginal, por medio de su propia inserción, de la sensibilización social y de la participación comunitaria.
- Desarrollo de el Club Socio Cultural (creado en el año 2007) para mayor sensibilización comunitaria y dentro de él un Comedor Social que funciona desde hace varios meses. Siendo el objetivo dar servicio de comedor a aquellas personas que no disponen de medios propios, lugar de encuentro de amistades, familiares, así como a los/as usuarios/as del programa de Rehabilitación y Reinserción Social y Laboral .

La actuación de esta Asociación es de ámbito supramunicipal (municipios de la Mancomunidad Sur-Oeste de la Comunidad Valenciana: Aldaia, Alaquàs, Bº del Cristo, Dos Aguas, Millares, Montroi, Paiporta, Picanya, Real de Montroi, Torrente y Xirivella). Trabajamos con una población de 200.000 habitantes, de los que el 25% han sido tratados en los Centros de Salud Mental del Departamento 09 y de ellos el 3% 1.500 personas, tienen TMS (Trastorno Mental Severo), de las características antes descritas y sobre los que la Asociación actúa directamente. Estas 900 personas, sus familiares y allegados sensibilizados por este problema son los beneficiarios reales

de todos los proyectos sociales que llevamos a cabo.

Desde la Asociación Albero Artesanos el programa de rehabilitación e inserción socioprofesional ha encontrado una continuidad y es hoy por hoy una realidad, que esta siendo reconocida socialmente e institucionalmente. Continuamos funcionando y trabajando desde la filosofía y metodología que los tres programas han defendido y aplicado. Pero la realidad de la rehabilitación e inserción socioprofesional de las personas con enfermedad mental severa sigue constituyendo sin embargo, todavía un gran reto. Tanto para los profesionales, como para los/as pacientes y sus familias. Todos/as seguimos luchamos por su consolidación. Esta lucha no deja de ser un objetivo que requiere un gran esfuerzo, pero también de gran ilusión y esperanza.

Bibliografia

AA.VV. (1998): La reintegración del paciente esquizofrénico. Anales de Psiquiatría. Vol. 14. Monográfico. Eds. Aran. Madrid.

Adam, A., Ruiz, I., Gomez, A y Montero, I. (1986). Revisión y análisis critico de las técnicas de intervención psicosocial en la familia de esquizofrénicos. Actas Luso-Españolas Neurológicas- psiquiátricas. 14 (2):75-84.

Alanen, Y.O. et al. (1992): Tratamiento y rehabilitación de las psicosis esquizofrénicas: El modelo Finlandés de tratamiento. Boletín Informativo de Salud Mental, 3, 9-46.

Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1988). Esquizofrenia y familia. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Aldaz, J.A. Y Vazquez, C. (1996). Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid, Siglo XXI.

Anthony, W. y otros. (1990). Psychiatric rehabilitation. Ed. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

Arechederra Aranzadi, J.J. 1988): Psiquiatría y Derechos Humanos. Ed. You Us S.A. Madrid.

Asociacion Española de Neuropsiquiatria. Grupo de trabajo sobre rehabilitacion. (2002): Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6. Ed. Asoc. Esp. de Neuropsiq. Madrid.

Ballus Creus, C., Y GARCIA, M. (2000): Hablemos claro: Como convivir con la esquizofrenia. Ed. Grijalbo-Mondadori, colec. Salud y Bienestar. Barcelona.

Bateson, G. (1972): Pasos hacia una ecología de la mente. Eds: Carlos Lohle. Buenos Aires.

Bachrach, L. (1993) La qualite des services aux malades mentaux. La Sante mental au Quebec. Rev. 18 (2): 21-23.

Birchwood, M. (1995) Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ed. Ariel. Madrid.

Blasi Ras, R. (2000): La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. Rev. R.P.I.C. Vol. 1, Num. 4-5-6.

Bronfenbrenner, U. (1979): La ecología del desarrollo humano. Paidós, Barcelona.

Cañamares, J.M., Castejon, M.A. y otros (2001): Esquizofrenia. Serie Guías de intervención. Psicología Clínica. Ed. Síntesis. Madrid.

Caplan, G. (1980): Principios de Psiquiatría preventiva. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Castejon, MA., Cendoya, M. y otros. (1994) La comunidad como recurso de rehabilitación. Documentos de Psiquiatría Comunitaria, 2 (1) 117-134.

Ciompi, L. (1984): *Los factores de influencia social en el desarrollo de la esquizofrenia.* Scw, Archv. N. Sysh., 135, 101-160.

Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia. (1998) Ed. Sociedad Española de Psiquiatría.

Colodron, A. (1990) Las esquizofrenias. Síndrome de raepelin- Bleuler. Ed.Siglo XXI, Madrid.

Desviat, M. (1994) La reforma psiquiátrica. Ed. Dor. Madrid.

Desviat, M., Fernandez Liria, A,. Rodriguez Dorado, L. (1997). Los programas de los servicios de Salud Mental de Leganes. Psiquiatría Pública. 1,1: 13-22.

Durante Molina, P. Noya Arnaiz, B. (1998): Terapia ocupacional en salud mental: principios y practica. Ed. Masson. Barcelona .

Falloon, I.r., Boyd, J.I. Y Mcgill,c. (1984): Family Care of Schizophrenics. The Guilford Press. Nueva York.

Farkas, M. (1996). Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En J.A.Aldaz, Vázquez,C: Esquizofrenia. Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Ed. Siglo XXI, Madrid.

Fraser, N. Wats y Douglas, H., Bennett (comps) (1990): Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Practica. Ed. Limusa, S.A. México.

Foucault, M. (1966): El nacimiento de la clínica. Siglo XXI. México.

Foucault, M. (1967): Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económico. México.

Fernandez Liria, A. y Gonzalez Casas, J. (1998). Rehabilitación psicosocial en los trastornos esquizofrénicos, en SAIZ, J. Y OTROS (1998): Esquizofrenia: Enfermedad del cerebro y reto social.. 207-213.

Goffman, E. (1970): Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Madrid.

Goldman, H., Gattozzo, A. y Taube, C. (1981). *Defining and* counting the chronically mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 32, pp:21-27.

Gonzalez Duro, E. (2000): Breve Historia de la Psiquiatría. En Escriba, P y Huertas, M. Salud Mental Comunitaria. Ed. Nau Llibres, Valencia.

Gradillas, V.(1998): La familia del enfermo mental. Edcs Díaz de Santos. Madrid .GRUPO GUREA (1999): Guía de Buenas Practicas. Orientaciones para una atención de calidad en talleres protegidos. Universidad de Deusto.

Gutierrez, M., Ezcurra, J., Pichot, P. (1995). Esquizofrenia. Entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Edics de Neurociencias. Barcelona.

Gutierrez, M., Ezcurra, J., Pichot, P. (1997). Cronicidad en Psiquiatría. Edics de Neurociencias. Barcelona.

Huertas Zarco, M., Escriba Perez, P.(2000). Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral. Ed. Nau Llibres. Valencia.

Jervis, G. (1977): Manual critico de psiquiatría. Ed. Anagrama. Barcelona.

Jones, Maxvell.(1968): La Psiquiatría Social en la practica. La idea de la Comunidad Terapéutica. Ed. Americalee. Argentina.

atschnig, H., Freeman, H y Sartorius, N. (2000) Calidad de vida en los trastornos mentales. Ed. Masson, Barcelona.

Leff, J.(1995): *Valoración de las dificultades de integración de* las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad. Curso de Formación. Proyecto

Liberman, R.P. (1993). Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

Lopez Lopez J.m. y otros. (1998). Descripción y evaluación de resultados de un plan de actuación especial sobre un grupo de psicóticos crónicos de un equipo de Salud Mental comunitario. Psiquiatría Publica. Vol. 10, 1. Ener- Febrero, 29-34.

Lopez Leon, C. y otros (1998): Experiencia de una terapia de grupo para psicóticos jóvenes en una unidad de Salud Mental. Psiquiatría Publica, Vol 10, 38-44.

Lopez, M., Alvarez, F. Y Laviana, M. (1998): Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XVIII, 68. 735-747.

Mayoral, F. y Grupo Geopte. (2001): Funcionamiento social y Esquizofrenia: Guia de tratamientos psicosociales. Ed. Graficas Letra. S.A. Málaga.

Marti Tusquets, J.I. Murcia Grau, M.J. (1988). Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. Ed. Anthropos. Barcelona.

Musitu, G. y otros. (1993) Intervención psicosocial. Madrid, Ed. Popular S.A.

Obiols, J.E. y Obiols, J. (1989) Esquizofrenia. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

Otero, V. y Rebolledo, S. (1992): Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. Psiquis, 13, 3. 135-142.

Otero, V. y Rebolledo, S. (1993): Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. Psiquiatría Publica. Vol. 5, 4. 217-222.

Parrado, C. y otros. (1997) Tratamientos psicosociales y cognitivos en los síndromes esquizofrénicos. Psiquiatría Publica, 9,1. 55-65.

Pirella, A. (1987): La psiquiatría institucional, entre transformación y racionalización. Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría. Vol. VII, 20.

Poyatos, A. y Escriba, P. (1999): la intervención familiar desde una perspectiva ecosistémica. Documento interno. Universidad de Valencia.

REBOLLEDO, S. (Editor). (1995). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Ed. Universidad de Santiago.

Rebolledo, S., Pastor, A. (1991). Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. Psiquiatría Publica, 3 (4), 204-214.

Roder, V., Brenner, H., Hodel, B., ienzle, N. (1996): Terapia integrada de la esquizofrenia. Ed. Ariel . Barcelona.

Rodriguez, A. (Coordinador) (1997). Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Ed. Pirámide, Madrid.

San Juan Guillen, C. Coord. (1996): Intervención psicosocial. *Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces.* Edit Antrhopos, Barcelona. Coed. Edit Uniandes, Colombia.

Santolaya Ochando, F.J. (19950: Aportaciones del entrenamiento en HHSS al tratamiento de la esquizofrenia. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

Saraceno, B., de Luca, F., Montero, F.(1992): Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. Rev. Asoc. Esp. De Neuropsiquiatría, vol, XII, 40. 3-14.

Saraceno, B. (1995): Rehabilitación psicosocial. Necesidad de una perspectiva global. Rev A.R.A.P.D.I.S. Vol 1. Ed. Aran, Barcelona.

Saraceno, B. (1993). Manual de Psiquiatría comunitaria. O.P.S. Ed. I Levav. Washington.

Saraceno, B. (1995): *La fine dell'intratenimento*. Etas Libri. Milano.

Saraceno, B. (1999). Libertando identidades, da reabilitacao psicossocial a cidadania possivel. Instituto Franco Basaglia/ TeCora, Rio de Janeiro.

Sociedad Española de Psiquiatría (1998): Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Ed: Janssen Cilag. Madrid.

Wats, F. y Bennet, D. (1990): Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y practica. Ed. Limusa. Mexico D.F.

Watzlawick, J. et al. (1995): Teoría de la comunicación humana. Ed. Herder.

Weinstein, L. (1975): Salud Mental y proceso de cambio. ECRO. Buenos Aires.

Wing, J. ., Olsen, R. (edits) (1979): Community care for the mentally disabled. Oxford University Press. London.

Zagury, D. y Chazaud, J. (1986). Approche d'une nouvelle clinique du secteur. Information Psychiatrique. 62:299-302.

Zubin, J. Spring, B. (1977): Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Anormal Psychology, 86. 103-126.

Fecha de recepción: 25/11/2008
Fecha de aceptación: 23/05/2009