



PROYECTO INICIA

CANTABRIA

Informe de Actividades

(1 de Enero a 31 de diciembre de 2003)



INTRODUCCIÓN

La discriminación en el mundo laboral y las elevadas tasas de desempleo son una de las desventajas sociales más importantes que sufren las personas con trastornos mentales graves. Esto es así tanto para aquellas que han pasado largos periodos institucionalizados y se integran en la vida comunitaria, como para aquellas que, aunque con ingresos psiquiátricos periódicos, han permanecido en la comunidad.

La tasa de desempleo entre las personas con enfermedad mental crónica está muy por encima de la del resto de la población. En esta situación influyen diferentes factores tales como déficits motivacionales, relacionales o de hábitos, que dificultan el desempeño y ajuste laboral, que son consecuencia del trastorno psiquiátrico y de los efectos de largos periodos de hospitalización o inactividad. Estos déficits son, en un alto porcentaje de casos, susceptibles de rehabilitación. Por otra parte, la falta de experiencia e historia laboral previa al desarrollo de su enfermedad, la falta de recursos de rehabilitación laboral, así como el rechazo social y estigma asociado a las problemáticas psiquiátricas conforman más obstáculos a la inserción laboral (Rodríguez., Sobrino, Galilea, Colis, González & Orviz, 1997; Galilea & Colis, 2000).

Estas dificultades hacen que sean imprescindibles programas intermedios de apoyo, flexibles, abiertos y adaptados. Desde esta perspectiva, las experiencias aisladas, y las estructuras rígidas no resultan funcionales. Es necesario articular los apoyos y las intervenciones desde planteamientos comunitarios e interinstitucionales, que pongan a disposición de las personas con enfermedad mental de una región todos los recursos (públicos y privados) a través de programas funcionales, que integren y coordinen el óptimo aprovechamiento y disponibilidad, e impulsen la implantación de nuevas iniciativas.

En Cantabria, el Proyecto INICIA, se dedica a esta labor desde 1998. Es un programa financiado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, y desarrollado por tres entidades de la región, que trabajan totalmente coordinadas a través de un único equipo, el Centro Hospitalario Padre Menni, AMICA y ASCASAM.

Los recursos existentes (formativos, prelaborales, laborales, ocupacionales, etc.), son puestos a disposición de las necesidades individuales de cada usuario/a, en forma de un Proyecto Individualizado de Integración Sociolaboral. La rehabilitación de habilidades básicas de trabajo, información, apoyo, acompañamiento, intervenciones familiares, formación, etc.. son diferentes acciones que se articulan en el proyecto de cada persona con el objetivo de aumentar su calidad de vida, su integración social y sus oportunidades de acceso al empleo.

Haciendo un poco de historia, en el **año 98 comenzó en Cantabria el Proyecto INICIA**, como proyecto de rehabilitación sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica cofinanciado por la **Dirección General de Salud Mental y el Fondo Social Europeo dentro de la Iniciativa Comunitaria EMPLEO HORIZON III.**



Hasta ese momento no existían en Cantabria intervenciones sistemáticas de rehabilitación psicosocial, escalón imprescindible en un porcentaje elevado de los casos para iniciar un proceso de integración sociolaboral. Por ello, durante los **años 98 y 99, los programas del Proyecto INICIA** combinaban actividades de rehabilitación psicosocial con formación prelaboral e intervención familiar. Así la experiencia piloto del Proyecto INICIA contribuyó a la creación en el **año 99** de una **red de centros de rehabilitación psiosocial** en Cantabria financiada por el Gobierno de Cantabria.

Durante el **año 2000**, concluida la financiación comunitaria, el Gobierno Regional asume la financiación del Proyecto INICIA, encontrándose nuevas líneas de actuación. Así, además de continuar y potenciar el recurso de Formación Prelaboral y la intervención familiar como eje de la rehabilitación sociolaboral., Inicia desarrolla un nuevo programa de orientación, seguimiento y acompañamiento en itinerarios personalizados para todos sus usuarios/as. Además extiende su actuación a la exploración de recursos de inserción laboral en la comunidad y al estudio de **las experiencias e iniciativas más consolidadas en otras comunidades**. A partir de este momento, se viene trabajando en esta línea, realizando especial hincapié en potenciar la utilización óptima de los recursos comunitarios de formación y empleo intentando de esta manera, que tras recibir una rehabilitación sociolaboral dirigida a las dificultades específicas que la enfermedad mental crea, se utilicen las vías de inserción normalizada en la mayor medida posible.

A continuación se describen brevemente las diferentes áreas de intervención que se establecen en la actuación con las personas usuarias de INICIA.

AREAS DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO INICIA

EVALUACIÓN:

Las personas en situación de ser beneficiarias del Proyecto INICIA, pueden ser derivadas a él desde la red pública de salud mental, desde la asistencia privada, desde los centros comunitarios de rehabilitación y desde las entidades ejecutantes del proyecto. Esta se realiza a través de un informe específico; en todos los casos la derivación debe ser realizada o estar consensuada con el/la psiquiatra de referencia que está a cargo del tratamiento y seguimiento del/la paciente.



La valoración inicial del candidato/a se realiza a través de entrevistas con la persona y sus familiares, así como con la aplicación de instrumentos complementarios. El análisis en equipo de la información recogida nos permite establecer el *perfil de usuario/a*, el plan individualizado de rehabilitación sociolaboral (PIRL) y por tanto el itinerario que se considera más oportuno para el candidato/a.

FORMACION PRELABORAL:

La Formación Prelaboral es un proceso estructurado e individualizado que ofrece el marco idóneo y proporciona los apoyos necesarios para la adquisición, recuperación o potenciación de HABILIDADES LABORALES GENERALES y de HABILIDADES DE RELACIÓN SOCIOLABORAL. El desarrollo de estas habilidades se realiza a través de TALLERES de actividades que tratan de reproducir un ambiente que se asemeje lo más posible a un entorno laboral.



GRUPOS DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y ASERTIVIDAD LABORAL:

A estos grupos acuden aquellas personas que necesitan formación sobre el mundo laboral actual, que les permita definir su itinerario personalizado de inserción y les dote de las habilidades necesarias para afrontar las exigencias del mercado formativo y laboral.

GRUPO DE BUSQUEDA DE RECURSOS FORMATIVOS Y/O DE EMPLEO:

Este grupo está diseñado para prestar apoyo, en el acceso a recursos formativos y/o empleo, a las personas que están en esa fase en su proyecto de inserción.

INTERVENCION FAMILIAR:

Se desarrollan tres módulos de intervención destinados a favorecer en las familias los conocimientos, competencias y habilidades que incrementen su papel de apoyo a su familiar, en el proceso de rehabilitación e integración.

ACOMPAÑAMIENTO:

Se realiza con todos los usuarios y usuarias que acceden al programa un seguimiento y apoyo individualizado, destinado a incrementar las oportunidades de seguir adecuadamente el itinerario de integración, independientemente del proceso o fase en la que se encuentren.

INVESTIGACIÓN:

Uno de los objetivos, desde el comienzo de INICIA, ha sido desarrollar líneas de investigación en el ámbito de la inserción laboral. Se ha realizado un “**Estudio sobre Predictores de Integración Sociolaboral**” (*Rehabilitación Sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. Actas Españolas de Psiquiatría*). Se han presentado además diversas ponencias, publicaciones y pósters en diferentes congresos nacionales, también se ha participado en grupos de expertos y mesas de trabajo en relación a la integración laboral de personas con enfermedad mental.

El diseño y gestión durante estos años de una base de datos, posibilita que ésta y otras líneas de investigación se hayan desarrollado. Se están abriendo nuevas líneas en torno a aspectos más concretos de los procesos de rehabilitación, inserción, etc, de los usuarios/as y de las familias participantes en el programa.



MEMORIA DE ACTIVIDADES PROYECTO INICIA 2003



El Proyecto INICIA ha iniciado su sexto año de andadura. Durante este año hemos revisado la evolución y los resultados obtenidos, con el fin de reflexionar acerca de la validez y utilidad del programa.

Con relación a este año queremos destacar el aumento en general de derivaciones al programa, sobre todo desde las entidades integrantes del Proyecto, aunque lo deseable desde nuestro punto de vista, es que las derivaciones procedan principalmente de la Red Pública de Atención en Salud Mental. En los casos en los que la entidad derivante es de ámbito privado, solicitamos el consentimiento de la persona interesada para coordinarnos con su psiquiatra de referencia.

Respecto a la idoneidad de las derivaciones, en cuanto a cumplimiento de criterios de inclusión en el programa, sigue siendo importante el número de ellas que no cumplen los criterios de inclusión, fundamentalmente por: la falta de una rehabilitación psicosocial previa o que ésta es muy deficiente, presencia de sintomatología activa y una nula motivación laboral en los usuarios/as. De todo esto, cabe concluir que en el éxito final de la inserción laboral, juega un papel fundamental la adecuada derivación del profesional de referencia, evitando así nuevas rederivaciones a otros recursos más adecuados como los centros de rehabilitación psicosocial, centros de patología dual, etc.

Las actuaciones planteadas en pasados años dirigidas a acercar el Proyecto a otras localidades, intentando ampliar el ámbito de actuación del mismo más allá de Santander y Torrelavega, está teniendo escasos resultados, ya que a pesar de las visitas realizadas y las valoraciones a los usuarios/as *in situ*, seguimos prácticamente sin recibir derivaciones de otras zonas (zona sur, zona oriental...).

Las reuniones de coordinación con las Unidades de Salud Mental (U.S.M), el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas y los Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S), se han mantenido con la periodicidad establecida durante el año 2002 (semestral para los primeros y trimestral para los C.R.P.S.). Si bien, la coordinación con la U.S.M. de Vargas resulta ineficaz por la dificultad de reunir a todos los profesionales de la Unidad, restringiendo la coordinación a los contactos telefónicos puntuales siempre que es necesario.

En cuanto a la coordinación con recursos normalizados de formación y empleo, se ha podido realizar con aquellos recursos normalizados a los que los/as usuarios/as han accedido siempre y cuando ha sido oportuno y el usuario/a lo ha permitido. La coordinación y colaboración estrecha en estos casos ha sido importante para el mantenimiento y buen aprovechamiento del recurso por parte del usuario/a.



En la programación para este año, se ha mantenido la importancia concedida al establecimiento de lazos profesionales con otros programas de inserción sociolaboral que se desarrollan en otras comunidades, con profesionales y redes de trabajo. Destacamos en este punto: la continuación de nuestra participación en la Red de "Grupos de Trabajo sobre Rehabilitación e Integración de las Personas con Enfermedad Mental Crónica", dentro del Programa de Formación en Servicios Sociales del IMSERSO; la invitación por parte de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental para asistir a su Congreso BIANUAL sobre Integración laboral en San Fernando (Cádiz) y la visita a la Fundación vasca Eragintza.

Durante este año se ha mantenido la actividad docente a través de la formación de dos personas en prácticas alumnas de Psicología de la UNED y de Psicopedagogía de la Universidad de Cantabria.

Durante este año se han mantenido las acciones encaminadas al desarrollo de varias líneas de investigación sobre la integración laboral de personas con enfermedad mental.

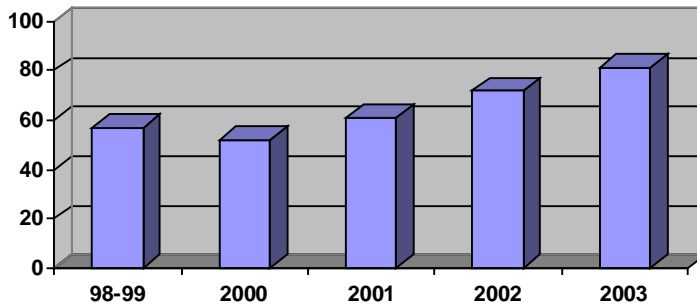
TEMA I: PROYECTO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN**1.1. EVALUAR Y ELABORAR UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN LABORAL Y HACER UNA PROPUESTA DE INSERCIÓN EN RECURSOS**

Durante el año 2003 se han recibido 81 **nuevas derivaciones**, de las cuales 2 han sido reinicios. Esto supone un incremento del 10% en el número de derivaciones ya que el total en el año 2002 fue de 73.

Las 81 derivaciones provienen de:

USM de Torrelavega.....	11 personas
USM de Puertochico.....	6 personas
USM de Vargas.....	6 personas
Consulta privada.....	2 personas
HU Marqués de Valdecilla.....	8 personas
CRPS Puertochico.....	2 personas
CRPS Torrelavega.....	3 personas
CH Padre Menni.....	3 personas
AMICA.....	17 personas
ASCASAM.....	6 personas
UBA Bezana.....	1 persona
UBA Astillero.....	1 persona
ACAT.....	1 persona
PEDROSA.....	1 persona
CRP Parayas.....	7 personas
Cocina económica.....	2 personas
Otros (cuenta propia).....	2 personas
Reinicio.....	2 personas

EVOLUCIÓN DE LAS DERIVACIONES POR AÑOS

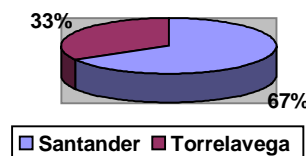


ZONAS DE PROCEDENCIA DE LAS PERSONAS DERIVADAS:

Las personas derivadas tienen residencia en las siguientes zonas:

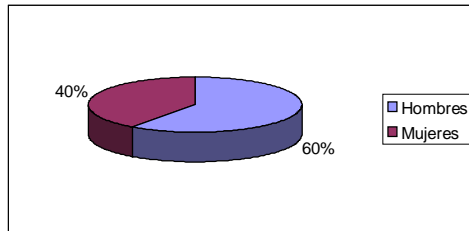
- Santander: 42 personas
- Torrelavega: 19 personas
- Astillero: 4 personas
- Muriedas: 2 personas
- San Cibrán: 1 persona
- Boo de Guarnizo: 1 persona
- Cuchía: 1 persona
- Caranceja: 1 persona
- Camargo: 2 persona
- Villanueva de Villaescusa: 1 persona
- San Vicente de la Barquera: ... 1 persona
- Bárcena de Pie de Concha: 1 persona
- Polanco: 1 persona
- Santiago de Cartes: 1 persona
- Guarnizo: 1 persona
- Suances: 1 persona
- Sta. Cruz de Bezana:..... 1 persona

Esto supone que el 67% de las personas que han sido derivadas a lo largo del año 2003, residen en la zona de Santander y el 33 % en la zona de Torrelavega. No se han dado por el momento derivaciones de otras zonas de Cantabria.

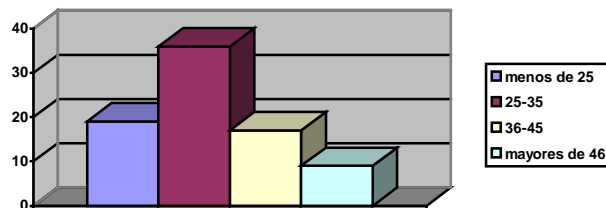


El perfil de las 81 derivaciones recibidas durante el año 2003 ha sido el siguiente:

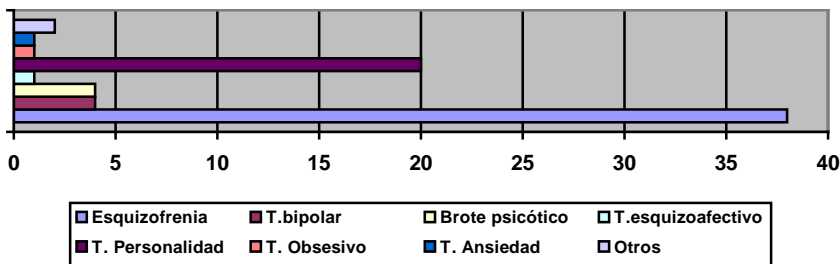
- **Sexo:** 49 hombres frente a 32 mujeres. Cabe destacar el aumento de la participación de las mujeres en programas de inserción laboral, respecto a la otras áreas de intervención como la rehabilitación psicosocial, donde su participación es inferior a la de los hombres.



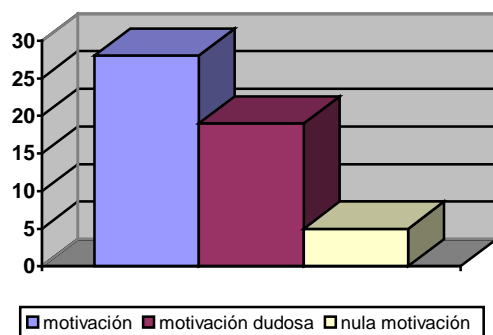
- **Edad:** Destacable, como en años anteriores, que la mayor parte de los/as usuarios/as son personas jóvenes con edades comprendidas entre 25 y 35 años.



- **Diagnóstico:**



- **Motivación laboral:**





Se ha seguido utilizando el protocolo de evaluación de años atrás, así como las diferentes pruebas estandarizadas dirigidas tanto a los propios usuarios/as como a sus familiares, aunque éste año se ha incluido una nueva prueba que mide la “carga” familiar sobre el cuidador principal. Así mismo, durante este año se han adquirido distintos materiales: manuales o guías de psicoeducación para las familias y nuevas pruebas psicométricas, de inteligencia (WAIS-III), de personalidad (MMPI-2) y de intereses y preferencias profesionales (IPP), con el fin de poder valorar los casos que requieran una exploración más extensa.

Para realizar la evaluación inicial, se han mantenido dos entrevistas iniciales con todos los usuarios/as derivados a INICIA y se les han pasado las pruebas estandarizadas.

Tras la evaluación y la discusión del caso por parte del equipo INICIA, así como mediante consulta-coordinación con los profesionales de referencia de Salud Mental, y/o profesionales derivantes, se han elaborado los Programas Individualizados de Inserción Sociolaboral de cada persona, realizando por tanto un total de 75 PIRLs (ya que de las 81 nuevas derivaciones recibidas durante el año 2003, dos han sido reinicios y cuatro no han acudido a la entrevista de evaluación).

Una vez elaborado el PIRL, se ha mantenido una entrevista con la persona demandante y con su familia para comentar la orientación y llegar a un acuerdo de intervención (entrevista de devolución).

Las orientaciones que se han realizado han sido las siguientes:

CRPS	5 personas
CRPS + Prelaboral	7 personas
Formación Prelaboral	20 personas
Formación Laboral Protegida.....	9 personas
Orientación laboral, búsqueda de formación/empleo.....	10 personas
Empleo protegido	2 personas
Empleo normalizado	1 persona
Derivado a Salud Mental	2 personas
Derivado a U.P.Dual Pedrosa	2 personas
Tutorización	5 personas
Derivado a Unidad Trastornos Personalidad.....	1 persona
En evaluación.....	9 persona
No cumplen perfil	4 personas
No acuden a entrevista de evaluación	4 personas



1.2. CAPACITAR A LOS USUARIOS/AS DEL PROYECTO INICIA PARA ACCEDER A NIVELES CRECIENTES DE FORMACIÓN LABORAL MEDIANTE LA FORMACIÓN PRELABORAL.

Se han seguido manteniendo las 30 plazas de Formación Prelaboral. Desde enero a diciembre de 2003, se han beneficiado de la rehabilitación laboral en los talleres de Formación Prelaboral 58 usuarios/as, de los cuales 26 continuaban la atención desde años anteriores, siendo 32 los nuevos usuarios/as.

- Se ha evaluado el nivel inicial de hábitos y habilidades prelaborales de las 32 personas nuevas.
- Se ha realizado el Programa Individualizado de Formación Prelaboral inicial de los 32 nuevos/as usuarios/as incorporados/as.
- Se ha realizado el seguimiento y la actualización de los Programas individualizados de intervención de los 26 usuarios/as de Prelaboral, que venían siendo atendidas desde el año anterior, haciendo las modificaciones necesarias según la evolución.
- La Formación Prelaboral se ha desarrollado en los talleres que INICIA tiene en las instalaciones de AMICA en el polígono industrial de Candina (total: 30 plazas) en horario de lunes a viernes: Mañanas de 10:00 a 13:00 y tardes de 15:00 a 18:00. Las actividades de Prelaboral se han reorganizado en dos grandes bloques: oficina y oficios, aportando un sentido más laboral. Dentro del segundo bloque es una novedad la actividad del invernadero de plantas ornamentales, funcionando a pleno rendimiento en la actualidad.
- Se han organizado y desarrollado sesiones semanales de una hora (dos grupos) dirigidas al apoyo emocional de los usuarios/as de Formación Prelaboral.
- Se han realizado apoyos individuales (seguimiento/acompañamiento) con todos los usuarios/as. Frecuencia mínima: mensual.
- Se han mantenido entrevistas con los familiares de cada usuario/a de Formación Prelaboral para información, orientación y seguimiento de la evolución de su familiar. Frecuencia mínima: trimestral.
- Se han cumplimentado los registros de evaluación y seguimiento de hábitos de trabajo y habilidades de ajuste sociolaboral de cada usuario/a. Frecuencia: Semanal, realizando mensualmente gráficas de evolución de los hábitos y habilidades, con el fin de ver la evolución de los/las usuarios/as.
- Se han realizado evaluaciones de los conocimientos de las actividades de los talleres de todos los usuarios/as. Frecuencia: Trimestral
- Se ha elaborado un informe de seguimiento de cada alumno/a.



- Ocho personas alumnas de Formación Prelaboral, que estaban finalizando los objetivos de rehabilitación laboral, han participado en los grupos de información y motivación laboral que imparte la técnica en inserción, como forma de definir objetivos claros de integración y buscar los recursos formativos necesarios para continuar con el proceso de inserción laboral. Las sesiones han sido de una hora y media, con frecuencia semanal, desde febrero a mayo (ambos inclusive).
- 11 personas han recibido orientación laboral, y apoyo en la búsqueda de recursos formativos de forma individual. A cada persona se le ha dedicado el número de sesiones necesario para establecer un itinerario y buscar el recurso adecuado.
- Se han desarrollado tres grupos de asertividad laboral con un total de 23 usuarios/as atendidos en total. Los grupos se han distribuido teniendo en cuenta las necesidades y capacidades de los usuarios/as a nivel de habilidades sociales. Cada grupo ha constado de 18 sesiones teniendo una duración aproximada de cuatro meses y una periodicidad semanal.
- Se ha iniciado el desarrollo de un grupo de fomento de ocio, con el que se pretende mejorar en los usuarios/as de los talleres de prelaboral el aprendizaje de la regulación de hábitos de ocio/trabajo.
- Se ha mantenido la coordinación del equipo de valoración y orientación con el equipo de prelaboral, manteniendo todo el equipo una reunión conjunta semanal.

La trayectoria seguida por los usuarios/as que se han beneficiado de los talleres de Formación Prelaboral durante el año 2003, tras su paso por ellos, y una vez rehabilitados los hábitos de trabajo y las habilidades de relación en entornos laborales, ha sido la siguiente:

Formación laboral protegida: 12 personas

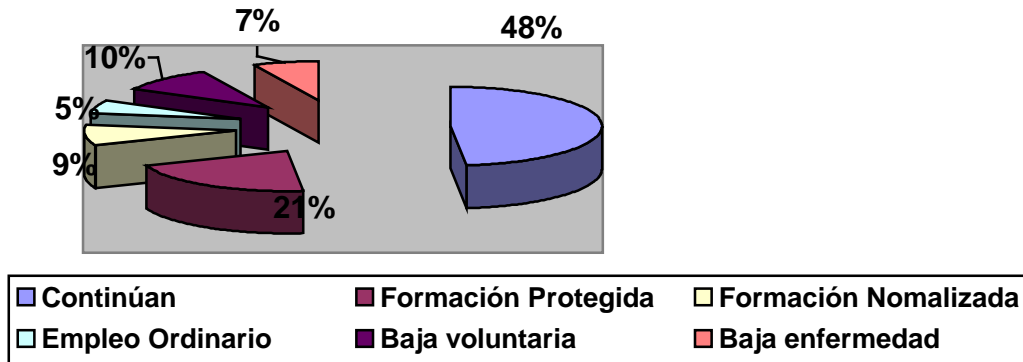
Medio ambiente.....	1 persona
Lavandería.....	6 personas
Confección Industrial	1 persona
Curso Reciclado Consum. Informáticos	2 personas
Curso de recepcionista	1 persona
Curso de informática	persona

Cursos de formación laboral normalizada..... 5 personas

Informática (Administrador de redes)	1 persona
Informática (Lenguajes de programación)	1 persona
Téc. Diseño Industrial por ordenador	1 persona
Mecanizado - control numérico	1 persona
Restauración de muebles	1 persona

Empleo Ordinario..... 3 personas

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACIÓN PRELABORAL DURANTE ENERO – DICIEMBRE 2003



1.3. CONVERTIR A LAS FAMILIAS EN PARTICIPANTES ACTIVOS Y CAPACITADOS EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL DE LOS USUARIOS/AS MEDIANTE FORMACIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR.

- Elaborado el Programa de cooperación familiar en la inserción sociolaboral para el año 2003.
- Organizadas y realizadas 10 sesiones de Formación e Intervención familiar grupal. Grupos Multifamiliares Informativos. (Participación habitual de 25 a 50 familiares).

Febrero 03. "Resultados del Programa Inicia en 2002". Memoria de Actividades". M^a Angeles Polo Barón. Psicóloga. Equipo Técnico de Inicia.

Marzo 03. "Información sobre recursos, ayudas y medios sociales en Cantabria en el campo de la discapacidad". M^a. Jesús Ruiz Ruiz. Trabajadora Social. ASCASAM.

Abril 03. "Sistemas Tributarios, reformas en la modalidad de declaración del I.R.P.F., aplicados a personas con minusvalía, distintos tipos de declaraciones fiscales". Pedro Manuel Cosío Sumano. Ldo. En Económicas. Director de Sucursal Bancaria.

Mayo 03. "Aspectos legales de la protección de personas dependientes:

Tutelas, curatelas, incapacitaciones, su procedimiento y resultados. El papel del tutor legal, derechos y deberes". José Alberto Cereceda. Abogado con práctica en Santander.

Junio 03. "El testamento. Tipos de sucesiones, procedimientos de legación de patrimonio, sucesiones en general". José Alberto Cereceda. Abogado con práctica en Santander.

Julio 03. "Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial y atención en salud mental en España, estudio y análisis de la situación actual". Alfonso Tazón Alonso. Coordinador de ASCASAM.

Septiembre 03. "Empleo y discapacidad: Experiencias por comunidades autónomas I: País Vasco- (visita a la Fundación Eraguintza). Arrate Ruiz Esparta. Psicóloga. Equipo INICIA.

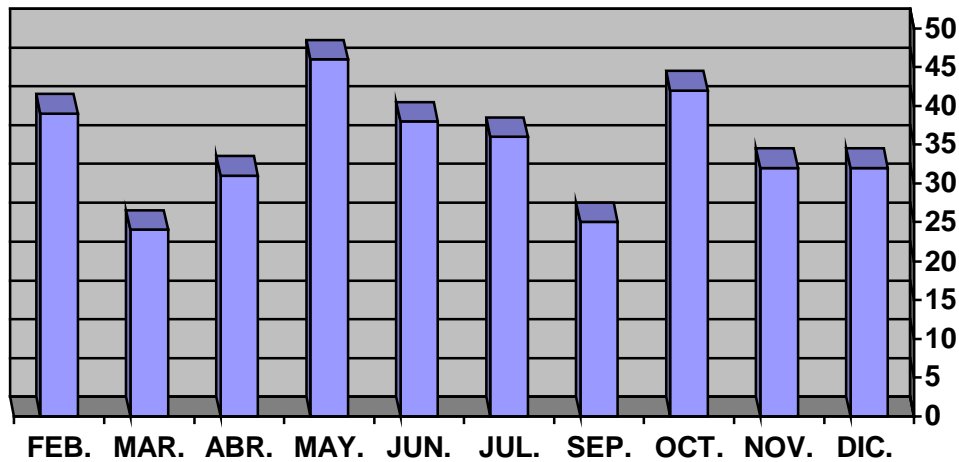
Octubre 03. "Empleo y discapacidad: Experiencias por comunidades autónomas II: Cantabria. Centros Especiales de Empleo y empleo protegido (AMICA y su funcionamiento). Silvia Verdugo Carrasco. Equipo INICIA.

Noviembre 03. "Empleo y discapacidad: Experiencias por comunidades autónomas III: Madrid, Andalucía y Cataluña. M^a Angeles Polo Barón. Psicóloga. Equipo INICIA.

Diciembre 03. Encuesta de satisfacción con el programa INICIA, propuestas de funcionamiento para años posteriores. M^a Angeles Polo Barón. Equipo INICIA. Alfonso Tazón Alonso. Coordinador de ASCASAM.

- La media de familiares que han asistido a las sesiones grupales a lo largo del año es de 36, observándose una participación variada; ajustada a los intereses y necesidades de cada familia. La distribución por meses sería la siguiente:

DISTRIBUCIÓN DE ASISTENCIA AL GRUPO DE FAMILIAS INFORMATIVO AÑO 2003.



- Realizadas diversas intervenciones unifamiliares, apoyo y orientación familiar especialmente en situaciones de crisis.
- Realizada la valoración de las necesidades en el área de “respiro familiar”. Como experiencia piloto, trece cuidadores/as han realizado una estancia temporal de respiro, fuera de sus domicilios, las puntuaciones que se han evaluado a través de las escalas familiares, sirven para ir avanzando en la línea de investigación sobre la “carga familiar” de las personas que tienen a su cargo el cuidado de una persona con enfermedad mental.
- Potenciación del seguimiento y apoyo competente de la familia a los objetivos formulados con cada usuario/a, para ello, a lo largo de estos meses hemos mantenido reuniones con los familiares de las personas cuando ha sido necesario por una revisión de su PIRL, o una intervención por descompensaciones, cambios etc.
- Se ha articulado el seguimiento de las familias con el de los usuarios/as, manteniendo información actualizada y trasmitiéndosela a las familias durante las reuniones, intentando ajustar expectativas.
- Puesta en funcionamiento de un grupo Multifamiliar de Psicoeducación (familias pertenecientes al Grupo de Inicio en el programa). Han asistido a este grupo entre los meses de marzo a junio un total de seis familias. Se han realizado reuniones con carácter quincenal. Se han impartido contenidos propios de la psicoeducación y manejo de la enfermedad así como aspectos relacionados con la adaptación de la familia a la misma y mejora de las actitudes en temas ocupacionales y vocacionales.



- Desarrollo de las derivaciones para puesta en marcha de un segundo grupo multifamiliar de Psicoeducación, para iniciar en 2004.

1.4 MEJORA DE LAS ACTITUDES, INCREMENTO DE LA MOTIVACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES NECESARIAS PARA EL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL MEDIANTE INTERVENCIONES GRUPALES E INDIVIDUALES.

Se han realizado, atendiendo a las necesidades de las personas atendidas en los talleres de Prelaboral, los siguientes grupos:

Grupo de motivación e información laboral: esta intervención va dirigida a dotar de conocimientos acerca del mundo laboral y despertar una motivación ajustada hacia el mismo, en concreto los objetivos son los siguientes:

- Incrementar el autoconocimiento vocacional y el conocimiento del mercado de trabajo, de cara a despertar el interés por la inserción laboral.
- Fomentar la autoestima de las personas tanto a nivel personal como a nivel profesional, que les aumente la estimulación y la confianza para la vida personal y para la consecución de una vida profesional – laboral.
- Ofrecer recursos y estrategias para la toma de decisiones acerca de la trayectoria formativa y profesional, que respondan a los intereses personales y a la realidad del mercado de trabajo.

Este grupo está abierto a todas las personas que acuden a formación prelaboral, exceptuando algunas personas que, por estar en procesos muy incipientes, se ha valorado como no conveniente por el momento. En este grupo han participado 8 usuarios/as.

Intervención individualizada: hemos comprobado que, al menos con los usuarios/as que pueden hacer uso de recursos normalizados, la intervención individual resulta más adecuada, puesto que perciben que se tratan sus dificultades e intereses de forma más directa y personalizada, consiguiendo una mayor implicación por su parte. La intervención individualizada tiene también el objetivo de concretar con el usuario/a un itinerario viable de inserción laboral, definir los pasos necesarios para llevarlo a cabo y apoyar y entrenar en las habilidades necesarias para el acceso a los recursos necesarios.

La intervención individualizada se ha llevado a cabo con 44 personas.



Seguimiento: se lleva a cabo con todos aquellos usuarios/as que están realizando búsqueda de recursos de formación o empleo, como forma de llevar a cabo el itinerario de inserción laboral marcado. Se realiza de forma individual y a través de este seguimiento se mantiene la actitud activa de búsqueda, se trata de evitar la desmotivación en el proceso de búsqueda. Este seguimiento se ha llevado a cabo con 33 usuarios/as.

Grupo de asertividad laboral:

Durante el presente año se han llevado a cabo tres grupos diferenciados de Asertividad Laboral, atendiendo a un total de 23 usuarios/as que han participado a su vez en los Talleres de Formación Prelaboral del Proyecto Inicia.

Cada grupo ha constado de un total de 18 sesiones teniendo una duración aproximada de cuatro meses variable en función de los días festivos. Los grupos se han formado teniendo en cuenta el rendimiento de los usuarios/as en las actividades de Formación Prelaboral y sus déficits con respecto a las habilidades sociales. Hemos diferenciado tres grupos: uno con un nivel básico, otro medio y un tercero avanzado, lo que ha permitido ajustarnos a las necesidades de cada usuario/a.

Las sesiones han sido semanales y de una hora de duración. El hecho de realizarse a última hora de la mañana ha requerido utilizar recursos más dinámicos dividiendo la sesión en dos partes muy diferenciadas: la parte teórica en la que hemos tratado los distintos contenidos de la asertividad en el ámbito laboral y la parte más práctica en la que hemos tratado de ensayar los conocimientos teóricos en un entorno simulado. Las dificultades las hemos apreciado a la hora de generalizar dichos conocimientos en la vida cotidiana de los usuarios/as; siendo las personas del grupo avanzado las que obtienen mejores puntuaciones.

Los grupos de Asertividad Laboral están abiertos a todos los usuarios/as que acceden Formación Prelaboral, si bien no todos los usuarios/as de Formación Prelaboral han participado en los grupos. La elección ha tenido en cuenta tanto la motivación laboral del propio usuario/a, las expectativas de inserción con respecto a él, así como la valoración de la necesidad de un entrenamiento en habilidades sociales.

La asistencia a los grupos en general ha sido un tanto irregular, motivada por una parte por la no obligatoriedad de la asistencia al mismo desde un principio y por la dificultad de mantener la motivación en el colectivo que atendemos.

Consideramos importante de cara al año que viene y para mejorar la asistencia, integrar la actividad dentro del horario de los talleres de Formación Prelaboral.



Los contenidos trabajados en los distintos grupos ha variado en función del nivel del grupo, no obstante, se han impartido los siguientes temas a nivel general: Los estilos comunicativos, el manejo de la ansiedad en situaciones laborales, la comunicación no verbal en la interacción con los demás, el entrenamiento de la respuesta asertiva, los derechos asertivos, el manejo de los conflictos interpersonales, decir que no ante peticiones en el ámbito laboral, hacer frente a una entrevista de trabajo, etc.

En general, consideramos que el grupo de Asertividad Laboral realiza una labor muy importante dentro de la inserción laboral de los usuarios/as, por lo que continuaremos con el mismo durante el próximo año, tratando de atender a un número mayor de usuarios/as así como de trabajar dos aspectos fundamentales, por un lado la generalización de resultados en la vida cotidiana, y por otro, en el fomento de la asistencia y participación en los mismos.

1.5 GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y EL APOYO EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL MEDIANTE UN SISTEMA DE ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL

A lo largo del año han pasado 186 personas en los distintos servicios dentro del programa de los cuales **se encuentran en activo a fecha 31 de diciembre: 176** usuarios/as del Proyecto INICIA.

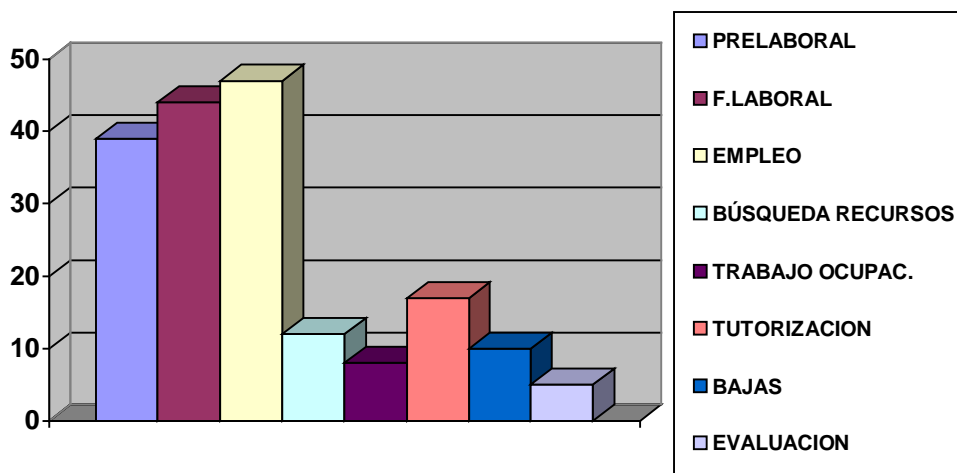
- Se han realizado sesiones individuales de tutorización (intensidad y frecuencia variable en cada caso).

Las acciones que están haciendo los usuarios/as que continúan en activo en INICIA, y por tanto, en donde se realiza el acompañamiento, son las siguientes:

Acompañamiento a usuarios/as en Formación Prelaboral.....	39
Acompañamiento a usuarios/as en Formación Laboral.....	44
(35 en Formación protegida y 9 en formación normalizada)	
Acompañamiento a usuarios/as en empleo	51
(34 en empleo protegido y 13 en empleo normalizado)	
Acompañamiento a usuarios/as en búsqueda de recursos de formación y/o empleo.	12
Acompañamiento a usuarios/as en trabajo ocupacional.....	8
Tutorización.	17
En evaluación	5
Bajas	10

- Se ha realizado además una atención a situaciones especiales y prevención de abandonos en los casos en los que ha sido necesario.

- Se han mantenido reuniones del equipo para discusión de casos atendidos en acompañamiento (semanal).
- Se ha establecido un plan de revisión de PIRLs con diferentes temporalizaciones, en función del estadio de rehabilitación laboral en la que se encuentre cada persona; en unos casos la revisión será trimestral, otros semestral, otros anual, y en otros en los que la situación es más estable (como los que ya están trabajando) la revisión se realizará cuando un cambio en su situación lo motive. Este plan de revisión se ha llevado a cabo durante el año 2003 habiendo resultado eficaz para la actualización de los programas y poder aumentar las posibilidades laborales de los usuarios/as.



1.6 AMPLIAR EL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL INICIA A TODA CANTABRIA

Con la intención de acercar el servicio a aquellos municipios que distan más de la sede del proyecto, el pasado año nos planteamos desplazarnos para realizar evaluaciones en los municipios de Torrelavega, Reinosa y Laredo.

- El establecimiento de un CRPS de ASCASAM en Colindres, ha abierto la posibilidad de disponer de un centro en el que poder realizar las entrevistas de evaluación, y posteriores seguimientos en la zona oriental. No obstante, durante este año no hemos recibido ninguna derivación de la Unidad de Salud Mental de dicha zona.
- Se ha mantenido contacto con el CRPS de Reinosa, valorando qué usuarios/as podrían necesitar de orientación y apoyo a la inserción laboral.
- Las derivaciones recibidas de la zona de Torrelavega se han atendido allí, acercando de esta manera el proyecto a los usuarios/as.



- Todas las acciones realizadas desde INICIA, tales como, acciones de Orientación laboral, Búsqueda activa de empleo, formación o apoyo psicológico para el mantenimiento en los recursos se han realizado individualmente con los usuarios/as tanto en Santander como en Torrelavega.

1.7 GARANTIZAR UNA COORDINACIÓN FLUIDA Y CONTINUADA CON TODOS LOS DISPOSITIVOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA, REHABILITADORA Y PARA LA INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL DE LOS USUARIOS

Durante el año 2003 se han mantenido dos reuniones semestrales de coordinación y seguimiento de los usuarios derivados al proyecto con las Unidades de Salud Mental de Antonio López, Puerto Chico, Torrelavega, y Vargas, así como con el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, el Centro Hospitalario Padre Menni y el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, concretamente con la Unidad de Atención a Primeros Episodios en Psicosis.

También se han mantenido reuniones trimestrales con los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Ascagam, C.H. Padre Menni y C.P.U Dr. Mirapeix, y contactos telefónicos frecuentes con todos los servicios derivantes (servicios públicos y privados).

Durante este año hemos consolidado y mantenido la dinámica de reuniones de coordinación establecida el año pasado, según la cual en cada reunión mantenida fijamos la fecha de la siguiente de modo que se asegure la coordinación.

En términos generales, todavía se aprecia en nuestra comunidad la falta de definición de la función de recursos y áreas de derivación, lo cual genera un funcionamiento poco consensuado, aportado por las propias estructuras y a menudo con criterios distintos. Esta situación se hace patente especialmente en las derivaciones de usuarios/as, en la definición de sus necesidades de integración laboral, así como en el seguimiento de los mismos.

En cuanto a los recursos formativo - laborales, la coordinación se ha realizado de la siguiente manera: con los recursos protegidos se ha mantenido una coordinación directa desde el equipo, puesto que la mayoría de los recursos protegidos pertenecen a AMICA y ASCASAM; con los recursos normalizados la coordinación se ha realizado en función de la demanda del usuario/a, asumiendo el criterio de mantenerse al margen si el usuario/a no lo demandaba, para evitar la estigmatización.

Se han realizado varias reuniones a lo largo del año con el coordinador del Proyecto, para valorar el desarrollo y la adecuación de los objetivos, así como para establecer las líneas de investigación a desarrollar por el Proyecto.

TEMA 2: MEDIACIÓN PARA LA BÚSQUEDA DE NUEVAS TRAYECTORIAS DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL

2.1 MANTENER INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE NORMATIVA DE APLICACIÓN Y LA OFERTA FORMATIVA DISPONIBLE EN CANTABRIA.

Se ha mantenido actualizada la información relativa a las oportunidades de formación y empleo en Cantabria, a través de la prensa, páginas web, publicaciones especializadas, contactos con agencias de desarrollo local, academias, institutos, ayuntamientos... y se ha informado a las personas usuarias del Proyecto de los temas e informaciones de su interés. También se ha recurrido a estas fuentes para obtener información relativa a subvenciones, nuevos yacimientos de empleo, actualidad económica y de empleo, así como convocatorias de interés para el Proyecto y/o para sus beneficiarios/as.

2.2 AUMENTAR LAS OPORTUNIDADES DE COLABORACIÓN CON OTROS PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL PARA COLECTIVOS DESFAVORECIDOS

En cuanto a los contactos, una de las entidades ejecutantes del Proyecto INICIA mantiene colaboración estrecha con otras entidades que desarrollan programas de integración sociolaboral para colectivos desfavorecidos a través de la participación en el programa Equal. Dos de ellas son miembros del CERMI. Por tanto, el contacto y el desarrollo de programas conjuntos se canaliza a través de esta participación.

Desde el proyecto INICIA se mantiene una relación más directa cuando un/a usuario/a necesita atención complementaria en otro programa.

Así se ha mantenido contacto durante este año con: **Asociación Cántabra de Ayuda al Toxicómano, Centro de Atención al Drogodependiente, Proyecto Hombre, Cocina Económica, Dirección General de la Mujer** (Servicio de asistencia a mujeres víctimas de malos tratos), **Cáritas, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Unidad de Patología Dual FUNDIS y Unidad de Trastornos de la Personalidad**, llevando a cabo un seguimiento más estrecho de los casos abordados desde las distintas entidades.

TEMA 3: SENSIBILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

3.1 INCREMENTAR EL CONOCIMIENTO EN CANTABRIA DE LAS ACCIONES DE APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE ENFERMOS MENTALES

- Se ha publicado la página web del Proyecto, en la dirección www.proyectoincipia.com. La página web presenta contenidos de interés para profesionales de la salud mental, personas con enfermedad mental (usuarios/as o no del proyecto), familiares de personas con enfermedad mental. A través de ella se pueden consultar las memorias de actividades del programa, los objetivos, los criterios de derivación al proyecto, se puede obtener el modelo de informe de derivación... También cuenta con un foro abierto a la participación de todas las personas que visiten el sitio web.
- A principios de año, concretamente en marzo, y con motivo del quinto aniversario del Proyecto INICIA, se realizó una labor importante de recopilación y análisis de resultados. Se analizaron los datos de los primeros cinco años de funcionamiento del proyecto, y se elaboró un folleto (carpeta) en la que se explica la historia del Proyecto, los objetivos del mismo, y los resultados obtenidos durante su primer lustro. Esta información ha sido entregada tanto en actos a los que hemos asistido durante el año como a familiares y usuarios/as nuevos/as.
- A principios de año también con motivo de la celebración del quinto aniversario y de la inauguración del nuevo local de INICIA, se realizó una nueva versión, actualizada, del vídeo sobre el Proyecto INICIA, con una duración de tres minutos. Se han elaborado dos versiones, una con sonido, y otra sin él (para los medios de comunicación).
- También con motivo del aniversario, se organizó y ejecutó un acto de presentación de los resultados obtenidos. El acto tuvo lugar la tarde del 14 de marzo en el Centro Cultural de Caja Cantabria (c/ Tantín, Santander); en él, el entonces Director General de Atención y Ordenación Socio-sanitaria, Don Jesús Angel Artal Simón, presentó los resultados de estos cinco primeros años, haciendo una valoración muy positiva de los mismos.

Asimismo intervino el que en ese momento era el Ilustrísimo Presidente de Cantabria, Don José Joaquín Martínez Sieso, quien apoyó los objetivos y la labor realizada por el Proyecto INICIA. Además de las autoridades ya citadas, asistió al acto el también entonces Consejero de Sanidad, Don Jaime del Barrio Seoane así como varios profesionales de la red de salud mental de Cantabria y gran cantidad de personas usuarias del Proyecto y sus familiares. Al finalizar el acto se invitó a todos los presentes a



un vino español. A la entrada al acto se repartió a los asistentes el folleto de resultados y otro actualizado (y con la dirección de la nueva sede) del Proyecto. A las autoridades se les hizo entrega de un dossier que incluía un documento de descripción del Proyecto INICIA, el folleto de resultados, un folleto actualizado y una copia del vídeo.

Al acto fueron invitados los medios de comunicación de la provincia; haciéndoles entrega de dossiers con información sobre el proyecto y, a los medios audiovisuales, un vídeo.

- El 16 de marzo apareció un artículo sobre los resultados del INICIA en el diario Alerta de Cantabria.
- Se han elaborado y recopilado algunos artículos con el objeto de editar un nuevo ejemplar de la revista INICIA.
- El Proyecto INICIA ha participado en la red de formación para los profesionales de la salud mental en Cantabria, a través de la preparación y exposición de una sesión clínica conjuntamente con el CRPS de Puertochico. En ella se expusieron los objetivos y métodos de trabajo que desarrollamos desde INICIA, con el objetivo de dar a conocer con más detalle nuestra labor y así fomentar las derivaciones al proyecto.

TEMA 4: INVESTIGACION Y DOCENCIA

4.1 DESARROLLAR INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA SOBRE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

- Se ha formado a una persona en prácticas, estudiante de Psicología de la UNED, durante 2 meses, y se ha continuado durante el mes de febrero con la formación en prácticas de una estudiante de Psicopedagogía de la Universidad de Cantabria, que había iniciado su formación con nosotros el año anterior, para la finalización de su proyecto.
- Hemos continuado nuestra participación en las reuniones de expertos y expertas organizadas por el IMSERSO para la elaboración de un documento que recoja un modelo unificado de intervención en rehabilitación socio-laboral de personas con enfermedad mental. Durante el primer semestre del año se realizó una reunión de consenso, el 26 de febrero, a la que se invitó a participar a otros expertos/as que no habían participado hasta entonces. Es de destacar que, además de la participación habitual de personal del Proyecto INICIA, para la esta reunión han sido invitados: nuestro coordinador, Ismael Lastra y el hasta entonces Director General de Atención y Ordenación Sanitaria, Don Jesús Angel Artal Simón.
- Se han solicitado al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas datos acerca de los ingresos psiquiátricos de las personas usuarias del Proyecto INICIA que previamente nos habían dado su consentimiento, mediante documento firmado.
- Se ha continuado la colaboración en la realización de una tesis doctoral con un alumno de la Universidad de Oviedo, con la evaluación de siete usuarios del Proyecto Inicia que se encuentran en situación de empleo protegido.
- Se ha mantenido actualizada la base de datos del proyecto.
- Se han corregido los tests y pruebas pasadas a las personas derivadas al proyecto durante su evaluación, para la utilización de los datos en las investigaciones a desarrollar.
- Durante el primer semestre se han preparado y expuesto dos sesiones clínicas, una para el personal de la red de salud mental de Cantabria, y otra para el personal del Centro Hospitalario Padre Menni.



- Planificadas y en curso varias líneas de investigación en relación con la integración laboral de personas con problemas de salud mental.
- Asistimos a las “Jornadas Andaluzas sobre Integración Laboral de Personas con Enfermedad Mental” organizadas por FAISEM, en San Fernando (Cádiz) en el mes de Enero.
- Los días 19, 20 y 21 de febrero un miembro del equipo asistió en Valladolid al I Congreso Nacional sobre Familias y Discapacidad, organizado por Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.
- En la publicación Diario Médico, el 15 de abril de 2003, aparece el siguiente artículo “Éxito de un programa para acercar el empleo a los/as enfermos/as mentales”, que resume la andadura y objetivos de Inicia desde sus comienzos, y presenta una entrevista realizada al coordinador del Proyecto, Dr. Ismael Lastra Martínez.
- Los días 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2003, tres miembros del equipo asistieron al II Congreso de Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo, II Congreso Ibérico de Rehabilitación en Salud Mental, celebrado en Salamanca y organizado por el Consorcio Hospitalario de Salamanca y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).
- Correspondencia y ayuda técnica a una alumna en prácticas de psicología del departamento de Durango (México), quien nos pide asesoramiento tras conocer nuestra página web y de la publicación de artículos desde INICIA, en relación a la integración laboral de personas con problemas de salud mental. Se le proporcionó información y asesoramiento sobre la escala SBASS de desempeño social.
- Participación en las sesiones clínicas Multidisciplinares e Interinstitucionales de los dispositivos asistenciales en Salud Mental y asistencia psiquiátrica de Cantabria.

TEMA 5: GESTIÓN DE CALIDAD

5.1 EVALUAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO Y PERTINENCIA DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO INICIA PARA EL AÑO 2003

- En marzo se mantienen dos reuniones entre los profesionales del Proyecto, los responsables de las entidades y el Director General de Ordenación y Asistencia Sanitaria, para la preparación de los actos de presentación de resultados del proyecto.
- Durante el primer semestre del año, y con motivo del impulso a la investigación, el equipo de valoración discutió sobre la utilidad real de la base de datos tal y como está concebida, y sobre las posibilidades de mejora de la misma.
- Se han realizado mejoras en la base de datos ampliándolo e incluyendo nuevos datos relevantes para la investigación que hemos comenzado este año y tenemos previsto continuar a lo largo del año 2004.
- Se ha diseñado el nuevo folleto informativo del Proyecto INICIA.
- Se ha diseñado la carpeta que será el nuevo continente de los expedientes del Proyecto INICIA.
- Se han diseñado, y rellenado, las fichas de identificación de los usuarios/as, que se mostrarán como portada al abrir los expedientes.
- Realización del informe semestral y la memoria final de actuación de 2003, remisión de ambos documentos tanto a las entidades ejecutantes como al promotor.

5.2. MEDIR LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS/AS Y FAMILIARES DEL PROYECTO.

Al final de año se evalúa la satisfacción de los usuarios/as de Formación Prelaboral aportando los siguientes datos: Media: 7.85 puntos. Como valoración de aspectos en los que han visto mejoría respecto a si mismos destacan: tener una actividad que desarrollar, mejora en la asistencia, la responsabilidad, los hábitos de trabajo, puntualidad, cuidado personal, organización, trabajo en equipo, concentración, relación con los compañeros/as.



En diciembre se evalúa la satisfacción de los familiares con respecto a la labor que realiza INICIA. Media: 8.85 puntos. Valoran muy positivamente el interés mostrado hacia su problemática como familiares, las explicaciones que reciben del equipo, la buena disposición del equipo para responder a sus consultas y el trabajo realizado dentro del Proyecto con ellos.

Otros aspectos que valoran de forma positiva, pero en menor medida, son: el número de actividades de rehabilitación ofertadas para los usuarios/as y el cumplimiento de las expectativas iniciales. Como aspectos a mejorar están: la accesibilidad de las instalaciones desde el punto de vista de facilidad de acceso desde el transporte público y la adecuación de los espacios de algunas actividades.

En relación con el planteamiento de nuevas propuestas de acción para las familias, las aportaciones indican: mantener reuniones de temas específicos impartidas por expertos (temas de otro tipo de patologías, de nuevos tratamientos, temas residenciales y de tutela etc.), seguir recibiendo información sobre las iniciativas de empleo para este colectivo, tanto en nuestra comunidad como en otros puntos de España, etc.

5.3 PROGRAMAR POR OBJETIVOS LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO INICIA PARA EL AÑO 2004.

- Realización y remisión del documento de la Programación de Inicia para 2004, al Promotor y las distintas entidades ejecutantes.

5.4 FORMACIÓN DE PROFESIONALES:

§ La formación realizada por los profesionales del Proyecto INICIA durante este año ha sido la siguiente:

- Visita de estudio a los servicios de integración laboral de la fundación vasca Eragintza, en Vizcaya.

Visitamos sus diferentes centros de trabajo: la sede social en Bilbao, un centro de rehabilitación laboral en Basauri, un centro especial de empleo con la actividad de lavandería industrial en Arrigorriaga y otro centro con taller de rehabilitación laboral y trabajo ocupacional, en la actividad de encuadernación y cartonaje, formación laboral y centro especial de empleo en la actividad de cocina (restaurante abierto al público), ambos en Alonsotegui. Realizamos la visita 4 miembros del equipo.

- Asistencia de cinco personas del equipo al curso de "Técnicas para la mejora en la relación de cuidado en personas con enfermedad mental", impartido por el Dr. Roberto de Inocencio. Médico Psiquiatra. Ex - presidente de la Asociación Mundial



de Psicodrama; organizado por ASCASAM, con una duración de 12 horas, los días 7 y 8 de marzo.

- Asistencia a las sesiones clínicas organizadas por la red de salud mental, y a las organizadas por el Centro Hospitalario Padre Menni, durante todo el año.



ANEXOS



ANEXO 1.

INFORME DE LA ASISTENCIA A LAS

**“JORNADAS ANDALUZAS DE REHABILITACION LABORAL DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL”**

San Fernando (Cádiz) 22 – 24 Enero 2003



JORNADAS ANDALUZAS SOBRE INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

San Fernando (Cádiz) del 22 al 24 de enero de 2003

I. INTRODUCCIÓN:

Las "jornadas andaluzas sobre integración laboral de personas con problemas de salud mental" tuvieron lugar del 22 al 24 de enero en el Hotel Barceló Bahía del Sur y fueron organizadas por la Fundación Andaluza para la integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). Un total de 265 personas fuimos las que participamos en estas jornadas entre las que se incluyeron profesionales de la salud mental, miembros de los servicios sociales y profesores de los talleres ocupacionales, entre otros. A pesar de que la gran mayoría de los asistentes a las jornadas fueron de las ocho provincias andaluzas, también acudimos profesionales de otras comunidades como Cantabria, Cataluña, Madrid, Castilla León o Aragón. Concretamente fuimos dos las profesionales que acudimos desde el Proyecto Inicia de Cantabria. Las jornadas pretendían favorecer un debate plural y cercano a las necesidades cotidianas de las personas con enfermedad mental.

II. OBJETIVOS DE LAS JORNADAS:

- Ø Revisar la situación actual de las distintas actividades que forman parte del programa ocupacional-laboral.
- Ø Analizar el papel que cada tipo de recurso tiene, en el logro global de la rehabilitación sociolaboral de personas con enfermedad mental severa.
- Ø Considerar otras experiencias distintas a las andaluzas desarrolladas tanto en España como fuera de ella.
- Ø Discutir sobre el desarrollo futuro de los programas de integración laboral.

III. CONTENIDO DE LAS JORNADAS:

El día 22 de enero comienza a las 12.00 horas la inauguración y presentación de las jornadas. En la inauguración participa un representante de la Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico de la Junta de Andalucía, un representante de los Programas de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud y un tercer representante de la Fundación Andaluza para la integración Social del Enfermo Mental.

Esa misma tarde, **D. Marcelino López Alvarez**, *Director del Departamento de programas, evaluación e investigación de FAISEM*, expuso los planteamientos actuales del Programa Ocupacional Laboral de FAISEM. Estos son algunos de los aspectos en los que hizo hincapié:

Programas de Empleo:

1. Objetivo: Aumentar la calidad y cantidad de empleo mediante: el mantenimiento del empleo de aquellos usuarios que ya lo tienen, facilitando el acceso al mismo de aquellos usuarios que no lo tienen pero que pueden llegar a tenerlo y garantizando una actitud ocupacional para los que no pueden conseguir un empleo o no pueden mantenerse en el mismo.

2. Fundamentos:

- El papel múltiple del trabajo.
- Las dificultades específicas del colectivo.
- La evidencia empírica sobre su repercusión (afecta poco a la sintomatología pero beneficia, en definitiva, a la calidad de vida de estas personas).

3. Funciones del trabajo:

Una actividad o trabajo es un estímulo para el desarrollo cognitivo de la persona, es un vehículo para las relaciones sociales y es un elemento organizador de la vida cotidiana.

4. Dificultades ante el empleo de personas con esquizofrenia:

- a) Efectos directos de la enfermedad, tales como las alteraciones en el funcionamiento o la evolución episódica, variable e impredecible.
- b) Efectos sobre "precondiciones" del trabajo, tales como la pérdida o la no adquisición de Habilidades Sociales, el desarrollo de valores, actitudes y aspiraciones inadecuadas y las alteraciones en el proceso educativo.
- c) Efectos inadecuados en el proceso de atención tales como los efectos de la medicación, unas estrategias de rehabilitación inadecuadas, alteraciones del ritmo laboral (faltas para acudir al psiquiatra...) o las actitudes negativas del personal.
- d) Barreras sociales tales como políticas sociales erróneas (efecto "desincentivador" de las pensiones) o los efectos del estigma social.

5. Evolución histórica del Programa de Empleo:

- a) Laborterapia institucional realizada en instituciones psiquiátricas.
- b) Empleo protegido: actividad laboral realizada en entornos específicos.
- c) Rehabilitación vocacional: programas específicos para acceder a un empleo (orientación, entrenamiento en la búsqueda de empleo, formación profesional,

empleos de transición...). Aunque este método resultó beneficioso en las fases de orientación y formación, la transición al empleo no dió resultado sin un seguimiento y apoyo continuado.

- d) **Empleo con apoyo:** Empleo inmediato en empresas normalizadas con formación posterior y apoyo externo continuado. Este método aporta resultados muy positivos, con un 60% de éxito.
- e) **Empresas sociales:** Empleo en empresas específicas pero que compiten en el mercado. Este modelo tiene las ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo. En Europa se han conseguido resultados muy buenos con este tipo de empresas pero falta realizar una comprobación experimental. Por este tipo de empresas sociales es por las que apuesta firmemente FAISEM.

6. Características generales de los Programas de Empleo con Apoyo:

- Tienen una orientación clara, directa e inmediata hacia el "empleo competitivo".
- No se realiza ninguna exclusión inicial de personas con reducida historia laboral o sintomatología elevada.
- Se trata de una estrategia de empleo rápida con poca preparación y formación previa.
- La elección es individualizada acorde a la motivación, preferencia y experiencias laborales del/la usuario/a.
- Resulta necesaria la coordinación entre los diferentes profesionales.

Los resultados obtenidos en EE.UU, muestran que el 70% de las personas con enfermedad mental mantienen el trabajo con los Programas de Empleo con Apoyo.

7. Características generales de los "Empleos Competitivos":

- Son puestos de trabajo accesibles a cualquiera, con o sin discapacidad.
- La retribución económica es igual o superior al salario mínimo interprofesional.
- La selección de un/a usuario/a con discapacidad la realiza la misma persona que realiza la selección para personas sin discapacidad.

8. Características generales de una Empresa Social:

- Es una empresa que compite en el mercado laboral.
- Tiene una serie de "peculiaridades" económicas:
 - Equilibrio y no ganancia.
 - Apoyos específicos para empresas de economía social.
 - Búsqueda de cuotas equilibradas de mercado público.
 - Apoyo externo desde los servicios de Salud Mental.



- Tiene una serie de "peculiaridades" funcionales como:
 - Objetivos sociales.
 - Clima interno favorecedor.
 - Personal de apoyo, con mayor nivel de tolerancia.
 - Esta integrado en una red más amplia.

9. Características del paciente relacionadas con el éxito en los Programas de Empleo:

- El factor decisivo es la MOTIVACIÓN.
- Otros factores con incidencia positiva serían: la historia previa de empleo, habilidades laborales básicas, y una historia previa con poca hospitalización.
- Como factores de incidencia discutible podrían considerarse: la sintomatología y las alteraciones cognitivas derivadas, el diagnóstico y el funcionamiento en otras áreas.

10. Intervenciones necesarias para el empleo:

- a) Tratamiento comunitario.
- b) Rehabilitación.
- c) Orientación vocacional.
- d) Adquisición de hábitos básicos.
- e) Actividad ocupacional.
- f) Formación básica y compensatoria.
- g) Formación profesional.
- h) Trabajo supervisado.
- i) Orientación y apoyo en la búsqueda de empleo.
- j) Apoyo en el puesto de trabajo.

Posteriormente a los planteamientos del Programa de Empleo, se celebró una conferencia a cargo del **Profesor Geoff Shepherd**, *Director of Partnerships and Service Development. Cambridgeshire and Peterborough Mental Health Partnership NHS Trust. UK*, experto en programas de rehabilitación e integración laboral en el Reino Unido, que habló sobre la Situación actual de los Programas de Integración Laboral para personas con enfermedad mental severa. Estos son alguno de los planteamientos de su conferencia:

Comenzó su intervención haciendo referencia a la gama comprehensiva de oportunidades de empleo expuesta por Pozner, et al en 1998, según los cuales, resulta imprescindible en primer lugar, realizar una evaluación breve y preparar un ambiente real de trabajo (empresas sociales). Pero insiste en que si bien resulta necesaria la evaluación de cara a valorar el rendimiento de los hábitos de trabajo, esta debe ser breve para no caer en el



peligro de perder la posibilidad de que la persona pase a un empleo abierto al pasar demasiado tiempo de evaluación y preparación.

En segundo lugar, debe realizarse una orientación vocacional de buena calidad, ajustando el trabajo a la persona, en la medida de lo posible. Se ha comprobado que las personas permanecen en los puestos de trabajo que les gusta más que en los que se les ha empujado a ellos, por tanto, es necesario orientar y valorar dejando que sean los/as propios usuarios/as los que puedan decidir qué quieren hacer.

En tercer lugar, otra oportunidad de empleo que apuntan es el acceso a un empleo ordinario (a tiempo completo o parcial) a través de modelos de tipo "**Situar y formar**", combinando con apoyos a los empleadores.

Otra opción podría ser la de "empleo protegido" de alta calidad, opción adecuada para todas esas personas que no quieren pasar por el estrés y la exigencia que requiere un empleo ordinario. En este sentido, hablaríamos de empresas sociales, cooperativas, negocios manejados por los/as propios/as usuarios/as...

Otras opciones a la integración podrían ser las conexiones con el trabajo voluntario, la formación continuada y las oportunidades de formación, así como las conexiones con actividades no laborales en la comunidad. Todas y cada una de estas opciones con un apoyo clínico y laboral bien coordinado e integrado.

EMPRESAS SOCIALES:

Las empresas sociales cubren actividades muy distintas y una amplia gama de sectores. Los/as trabajadores/as son tratados/as como si fueran de una empresa normalizada, con contrato y siguiendo la normativa laboral que rige el trabajo. En este tipo de empresas hacen participar a los/as trabajadores/as en la toma de decisiones de manera que pueden involucrarse en la empresa y aumentar así su motivación.

Existen evidencias sólidas de que las empresas sociales pueden establecerse y que sirven para personas con características especiales que quieren participar en el ámbito laboral. Existe, igualmente, evidencia sólida de la satisfacción de los/as empleados/as.

MODELOS TIPO "SITUAR (y después) FORMAR" PARA EL EMPLEO COMPETITIVO (Bond et al, 1996)

- Este tipo de modelo intenta ofrecer y prestar apoyo intensivo en el puesto de trabajo, pero apoyo no sólo para la persona, sino también en el centro de trabajo (otros/as empleados/as, directivos/as...).
- Minimiza el tiempo empleado en la evaluación, la orientación y la formación prelaboral.
- Facilita la generalización de las habilidades laborales a entornos laborales reales.

- Cada situación laboral es diferente, por lo que hay que formar a la persona y ayudarle a desarrollar las habilidades laborales necesarias para el puesto de trabajo en concreto; y eso solo se puede hacer en un entorno laboral real.
- Los resultados demuestran que el 50% de las personas con este modelo pueden llegar a empleo ordinario y mantenerlo.

En este tipo de modelos "situar y formar" por ejemplo, tienen más posibilidades de trabajar en Salud Mental las personas que han sido usuarias de los Servicios de Salud Mental (ejemplo de ello es el caso de la londinense Raquel Perkins, con diagnóstico de trastorno maniaco-depresivo y actualmente una gestora de Salud Mental muy cualificada. El Profesor Geoff esta siguiendo esta misma dirección, contratando a usuarios/as de salud mental en el hospital en el que el trabaja).

Como conclusiones de la conferencia del Profesor Geoff Shepherd, podrían citarse las siguientes:

- La necesidad de una gama "equilibrada" de servicios que se adapten a cada usuario/a de forma individualizada.
- Desarrollar estrategias locales que cubran todas estas áreas.
- La mayor motivación, menor sintomatología y mayor historia previa de empleo serán los predictores de éxito y características que definirán la selección de los/as usuarios/as.

El día 23 de enero jueves, comienza un nuevo día de jornadas. A primera hora de la mañana tiene comienzo la primera mesa de debate sobre "El papel de los Talleres Ocupacionales en la Integración socio-laboral de personas con enfermedad mental". Coordina la mesa la delegada de FAISEM Granada, Dña. Teresa del Sol Chicharro. El primero en participar es **D. José Damián González**, del *servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM Málaga*.

Comienza la mesa hablando de la evolución que han tenido los Talleres ocupacionales en FAISEM. Cambios cualitativos que se han producido en cuanto al concepto de usuario/a y a lo que de metodología se refiere. En relación al concepto de usuario/a, se ha pasado de un/a paciente crónico/a e institucionalizado/a en el que el objetivo de los talleres ocupacionales es el de entretener y proteger al individuo de la sociedad (actitud paternalista), a un/a paciente más activo/a, en el que los talleres ocupacionales juegan el papel de enseñar destrezas para ganar mayor autonomía. No se trata ahora tanto de proteger sino de enseñar.

Por otro lado, desde el punto de vista metodológico, se da un cambio en la organización de la actividad, en cuanto a finalidad (tareas relacionadas con la empresa con una finalidad de esfuerzo, demanda..), demanda de los servicios, participación (asambleas, reuniones, gestión de recursos) y una proyección externa (actividades culturales y de ocio fuera del espacio del taller).



Una vez introducido el tema, pasa a hablar de las aportaciones de los Talleres Ocupacionales para los/as usuarios/as, en tanto que son un lugar de encuentro de personas con una problemática similar. Es un lugar que aporta seguridad para el/la usuario/a, generando una mayor adaptación. Supone, por otro lado, una organización longitudinal del tiempo, es decir, ayuda a salir al/la usuario/a de su rutina doméstica y entrar a formar parte de una rutina más organizada.

Aportan también un rol social a la persona, la sensación de pertenencia y, por último, mejora en la competencia percibida, entendiendo la palabra competencia como la cualidad de ser capaz de responder efectivamente a las demandas de una situación o un abanico de situaciones (Kielhofner, 1985). En definitiva, exceptuando la necesidad fisiológica, los talleres ocupacionales cubrirían el resto de las necesidades planteadas por Maslow en su jerarquía de necesidades (necesidad de seguridad, necesidad de pertenencia, aceptación y afecto, necesidad de estima o reconocimiento y necesidad de autorrealización).

Como dificultades de los Talleres Ocupacionales destaca los siguientes: poder dar respuesta a la variedad de perfiles con la que nos solemos encontrar, los intereses personales vs. la homogeneidad, la falta de coordinación en ocasiones que derivan en dar mensajes diferentes desde salud mental, familia u otros profesionales, la necesidad de formación por parte del personal, la dispersión de los objetivos, y por último, en ocasiones se da el caso que los talleres ocupacionales son el único recurso que tiene el/la usuario/a fuera parte del seguimiento en salud mental, por lo que los talleres terminan haciendo el trabajo que debería corresponder a los centros de rehabilitación psicosocial.

La segunda persona en participar en la mesa fue **Dña. Raquel Conde Diez**, de la *Fundación INTRAS (Valladolid-Zamora)*, quién nos habló sobre la labor realizada desde su fundación.

El sistema de derivación a los talleres ocupacionales de INTRAS es a través del servicio de orientación e inserción laboral (SOIL), que a su vez recibe la derivación de salud mental (CRPS). Desde el SOIL se realiza el Plan Profesional Individualizado (PPI), en el que se planifica la intervención. Para realizar la derivación a T.O., tienen en cuenta unos objetivos mínimos que son: constancia, un mínimo de relaciones interpersonales, adaptación a los horarios y una mínima resistencia a la fatiga.

En los talleres ocupacionales de INTRAS hay seis niveles de complejidad, que se establecen en función del grado de dificultad de las tareas, el tiempo que pasan en el taller y la complejidad de las habilidades sociolaborales.

En los niveles de 0 a 2, se trata de consolidar la rehabilitación trabajada en el CRPS (constancia, resistencia a la fatiga y puntualidad). En el nivel 0 la asistencia es de un día a la semana, en el nivel 1, dos días a la semana y en el nivel 2, tres días a la semana. En todos ellos entre dos y tres horas. Las habilidades que se trabajan en estos niveles son la puntualidad, la limpieza de la ropa y el calzado, la higiene personal, la ropa de trabajo, cumplir



las órdenes del monitor y la capacidad de resistencia a la fatiga. Se realiza un control semanal para registrar el cumplimiento de las habilidades en cada nivel.

El nivel 3 y 4 se centran en la calidad de la tarea. La asistencia es de 5 días semanales, 4 horas diarias en el nivel tres y 5 horas en el nivel cuatro; las habilidades trabajadas son: el cuidado del material, el manejo de las herramientas, la aptitud ante el trabajo, la memoria para las instrucciones, la capacidad para afrontar los problemas y habilidades complementarias que se trabajan en grupo, como habilidades cognitivas (Grador), resolución de problemas y orientación laboral.

El nivel 5 se centra en el ritmo y la continuidad. Asistencia 5 días a la semana, durante cinco horas diarias. Las habilidades que se trabajan en este nivel son: el ritmo de ejecución de la tarea, la organización de la tarea, la independencia respecto al monitor, la capacidad de solución de problemas y el uso de recursos comunitarios.

Desde INTRAS, utilizan el sistema de economía de fichas para incentivar a los/as usuarios/as, dándoles puntos cuando cumplen las actividades que luego pueden canjear por premios o imponiéndoles impuestos cuando no cumplen tareas de su nivel de actividad. El sistema de economía de fichas funciona mejor con usuarios/as con mayor nivel de deterioro (que generalmente suelen ser los que menos motivación suelen tener hacia el empleo).

A lo largo de las jornadas hubo diversos comentarios en relación a la conveniencia o no de utilizar premios y castigos en el trabajo ocupacional.

El tercer participante de la mesa fue **D. Jesús de la Higuera Romero**, *psicólogo clínico y coordinador del Área de Salud Mental de Cádiz*, que habló del papel de los talleres ocupacionales en la Rehabilitación psicosocial.

Habló sobre la conveniencia o no de los talleres ocupacionales, en qué casos sí es adecuado y en qué casos no. En ocasiones las demandas de la familias (mi hijo/a no hace nada... búsquele algo...) y de los profesionales (está apático/a, retraído/a, no sale de casa...necesita realizar alguna actividad) hace que la solución sean los talleres ocupacionales. No obstante, no siempre es la decisión adecuada, puesto que en ocasiones conlleva consecuencias negativas, tanto para los/as usuarios/as como para los/as monitores/as de los talleres, ya que éstos pueden encontrarse con pacientes poco motivados/as, a quienes no es fácil integrar en la actividad, rotan rápidamente y tienen una asistencia irregular.

Como soluciones y estrategias a todo esto propone las siguientes:

- Definir peculiaridades, objetivos y perfiles del recurso ocupacional.
- Trabajar sobre objetivos explícitos y consensuados tanto con el/la propio/a paciente como con el/la profesional de referencia.
- Garantizar, en la mayor medida posible, que estos objetivos estén vinculados a las características, necesidades y motivaciones del/la usuario/a.

- Delimitar mecanismos de evaluación en aras de obtener feedback sobre el grado de cumplimiento de los objetivos psicosociales.
- Revisar y reorientar las metas en función del rendimiento.

En resumen:

- Aumentar la coordinación entre las diferentes instancias proveedoras de servicios de cara a garantizar un buen trabajo.
- Evitar “depositar” el /la paciente en los talleres ocupacionales.
- Utilizar criterios técnicos compartidos para la selección de los/as usuarios/as potenciales del recurso.

En la segunda mesa de la mañana se debatió “El papel de los cursos de Formación Profesional Ocupacional en la integración socio-laboral de personas con enfermedad mental”. El coordinador de la mesa fue D. Andrés M^a López Pardo, del departamento de programas, evaluación e investigación de FAISEM, y el primero en participar en la mesa **D. Sergio González Álvarez**, del *departamento de programas, evaluación e investigación de FAISEM*, que habló de la Formación Profesional Ocupacional de FAISEM.

La **Formación Profesional Ocupacional** (FPO) se sitúa dentro del Programa Ocupacional-laboral de FAISEM, que cuenta además con los talleres prelaborales y ocupacionales, con acciones de formación profesional, empresas sociales y el servicio de orientación y apoyo al empleo.

Los objetivos de los FPO en Andalucía son los siguientes:

- Conectar de un modo más eficiente la oferta formativa y las necesidades del mercado de trabajo.
- Facilitar la inserción laboral.
- Desarrollar acciones de detección de necesidades formativas y acciones para la mejora de la FPO.
- Formar a profesionales.
- Desarrollar formación orientada a nuevos yacimientos.

Las peculiaridades de este programa son que los cursos se adaptan a las realidades del enfermo mental. La derivación se realiza a través de los servicios públicos de salud mental en coordinación con el servicio provincial de apoyo al empleo. La participación por curso es de 3 a 6 personas, en contraposición con las 15 personas que suelen encontrarse en cualquier formación normalizada. Existen monitores/as de apoyo y la duración del curso puede ser específica y corta o puede tratarse de programas formativos largos. Los espacios de la formación tratan de ser lo más cercanos posible a la realidad del mercado laboral. En el año 2002 se realizaron 49 acciones de formación profesional en toda Andalucía. Hubo 247 plazas de participación y 80 millones de pesetas de dotación presupuestaría.



Se proponían varias posibilidades para el futuro, en primer lugar determinar el perfil del/la usuario/a que ingresa en los cursos de FPO, en segundo lugar diversificar los espacios de rehabilitación y, en concreto, los espacios de formación. Los cursos deben orientarse al mercado laboral pero en dos vías, específicas y cortas, para reciclar profesionalmente a personas de las empresas sociales o que adquieran conocimientos específicos en una determinada tarea u otra vía que contemple cursos de larga duración. Y en tercer lugar, una evaluación rigurosa de la formación. En la actualidad, en FAISEM para realizar esta evaluación están utilizando una escala propia de fortalezas y debilidades. Existen otras escalas que dan información de la adaptación de las personas en este tipo de recursos como el WBI, pero no están adaptadas para población española.

Tras la intervención de Sergio González, *participó en la mesa D. Juan Manuel Fuentes Doblado, de la Dirección General de Formación Profesional Ocupacional, Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico de la Junta de Andalucía.*

Prosiguió la mesa **D. Francisco Becerra**, *psicólogo de la Unidad de Rehabilitación de área del Hospital Carlos Haya, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud de Málaga.*

Como conclusiones de lo expuesto podría decirse lo siguiente:

- La formación desarrollada en ambientes naturales o reales tiene mayor posibilidad de éxito.
- La duración de los cursos dependerá de la actividad. Resultan más eficaces los curso largos (6 meses) y enlazar más de uno.
- El número de alumnos/as debe ser entre 6 y 8.
- Es importante que los/as formadores/as puedan dedicarse exclusivamente a los alumnos/as.
- Se debe facilitar el acceso al curso, mediante ayudas económicas, becas de comida, becas de transporte...
- Evitar actividades en las que hay una gran sobre-estimación y aquellas en las que hay una implicación personal exagerada.
- Desarrollar y potenciar los equipos de valoración y establecer contactos para hacer prácticas.

Por último, **D. Sebastián Cuesta Sánchez**, de la *federación Andaluza de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos*, nos ofreció su visión de la implicación de las familias.

En la tarde del jueves tuvo lugar la tercera mesa de debate sobre “El papel de las Empresas Sociales en la integración socio-laboral de personas con enfermedad mental”, coordinada por D. Luis Fernández Portes, del departamento de programas, evaluación e investigación de FAISEM.

El primero en participar en la mesa fue **D. Francisco Álvarez Jiménez**, *Gerente de IDEA, S.A. (Iniciativas De Empleo Andaluzas, S.A.)*, quién nos habló de las iniciativas de empleo que él dirige.

IDEA, S.A. se constituyó en el año 1991 con la participación de la Institución de Fomento de Andalucía, la Fundación ONCE y la Diputación provincial de Sevilla, con el objeto de insertar laboralmente a los/as usuarios/as de los servicios de Salud Mental de Andalucía. A lo largo de estos años se han constituido 8 empresas sociales, 330 puestos de trabajo totales, 202 puestos de trabajo ocupados por personas con discapacidad, 158 puestos de trabajo ocupados por usuarios de los servicios de Salud Mental. El modelo de empresa es un modelo autosuficiente, compatible con la calificación de CEE (70% de los trabajadores con discapacidad), que genere puestos de trabajo, fundamentalmente, para usuarios/as de los servicios de Salud Mental, competente en el mercado y una empresa multisectorial o multiactividad. Para la etapa de estos últimos años, el objetivo de las iniciativas es consolidar los puestos de trabajo creados.

De cara a la normalización están elaborando convenios colectivos en cada una de las empresas, pasando trabajadores/as a las empresas ordinarias y ofreciendo criterios a los directivos y mandos intermedios.

Para el año 2003 la percepción salarial es la siguiente:

- Salario Mínimo Interprofesional 2003: mensual : 451,20 €
- Retribución mínima percibida por un/a trabajador/a con enfermedad mental: 468,45€ mensuales aproximadamente (Ahora mismo hay cuatro personas que lo reciben).
- Retribución máxima percibida por un/a trabajador/a con enfermedad mental: 1011€ mensuales aproximadamente (Ahora mismo hay cuatro personas que lo reciben).

Nivel de absentismo total: 12% (enfermos/as mentales 21%).

Los siguientes en participar en la mesa fueron **D. Álvaro Cardoso**, trabajador de la empresa social Proazimut, s.l., en el departamento de carpintería y **D. Francisco Álvarez Delgado**, trabajador de la empresa social Gesser, s.l.u., en la residencia canina. Ambos personas con enfermedad mental y usuarios de FAISEM que nos contaron su experiencia como trabajadores de una empresa social. Hablaron de su enfermedad, de sus metas en la vida, dificultades del CEE desde el punto de vista de un usuario, como la elección de un taller, la distancia, los desplazamientos, la sensación de protección y miedo a prescindir de ella...



pero también de los beneficios que les aporta como persona, sintiéndose más realizados como personas y con mayor confianza en sí mismos. Fueron unos testimonios muy emotivos y esperanzadores aunque poco frecuentes, desgraciadamente.

El último en participar en la mesa del jueves por la tarde fue **D. Cristóbal Colón Palasi**, *Director-Gerente de LA FAGEDA* (productos lácteos) en la provincia de Gerona (Cataluña).

La empresa social que él dirige, se creó en el año 1982 como un proyecto para atender a personas con discapacidad psíquica (sólo atender, porque en aquellos años no se planteaban la integración en el mundo laboral de la persona con enfermedad mental). Realizan actividades de jardinería, teniendo como clientes al 100% de los ayuntamientos de la comarca y guarda forestal, realizan también actividades de vivero, ganadería y fabricación y comercialización de postres lácteos (yogures de leche de vaca), vendiéndose en todas las cadenas de distribución más importantes de Cataluña y siendo los competidores directos de Danone. En la actualidad se encuentran 110 personas asistidas, 72 personas en el CEE, de los cuales 28 son enfermos mentales crónicos y 38 personas en el centro ocupacional de los cuales 9 son enfermos mentales crónicos y la facturación al año esta siendo de mil millones de pesetas por lo que parece no les está resultando nada mal. Finalizó su intervención invitándonos a todos a conocer su proyecto.

El viernes 24 de enero tuvo lugar la última mesa de las jornadas donde se trato "El papel de los Servicios de Orientación en la Integración sociolaboral de personas con enfermedad mental". Moderó la mesa nuestro amigo D. Sergio González Álvarez.

La primera en participar fue **Dña. Charo Díez Juárez**, del *servicio de Orientación y apoyo al empleo de FAISEM Sevilla*.

La Orientación al empleo abarcaría: evaluación y orientación vocacional, diseño de itinerarios personalizados, coordinación con el nivel sanitario y coordinación general y supervisión de los niveles no sanitarios.

Objetivos al inicio del servicio de orientación al empleo:

- Revisar líneas de trabajo existentes para optimizar y sistematizar el apoyo de los recursos existentes.
- Desarrollo de criterios de actuación del servicio coherentes con las demandas del programa laboral en general y las necesidades provinciales específicas.
- Establecer cauces de información y coordinación con los diferentes agentes necesarios.
- Organización interna del trabajo.
- Sentar las bases para la optimización de los recursos existentes, nuevos programas ...



En el servicio de orientación existe una persona responsable de cada caso y se realizan reuniones semanales de coordinación interna así como reuniones monográficas específicas en los casos en los que resulte necesario. Se realiza un apoyo a los monitores en relación a programación, metodología de trabajo, sistemas de registro, evaluación, memoria y detección de nuevas necesidades.

A nivel formativo, se realiza una planificación y programación de los cursos, una selección del alumnado en coordinación con los dispositivos sanitarios, un seguimiento de los cursos, elaboración de la documentación, seguimiento del alumnado, apoyo al monitor y elaboración de un convenio con las entidades colaboradoras.

A nivel laboral, se seleccionan los candidatos, se les apoya individualmente, se realizan intervenciones directas (en situaciones de bajas, intervención en crisis...), coordinación con sanidad y referentes de la empresa y apoyo ante la salida de la empresa.

Los nuevos proyectos que se plantean son la necesidad de gestiones para la búsqueda de nuevos recursos, acuerdos y convenios para el desarrollo de programas, estudio de necesidades en la población en temas ocupacionales y acciones grupales específicas de apoyo.

Entre los logros conseguidos estarían que se ha consolidado el equipo y la filosofía de trabajo, siguen al menos 139 usuarios de los 168 derivados al servicio, se ha iniciado una línea de trabajo con talleres provinciales, poseen experiencia en la gestión de la formación profesional ocupacional, y tienen relación con mayor número de dispositivos de salud. Como dificultades estaría, las expectativas múltiples y variadas sobre lo que se debe hacer, dificultades de coordinación con otros dispositivos y la falta de información y recursos.

Las líneas de trabajo que están considerando en la actualidad son las siguientes:

- Desarrollo de acciones concretas de apoyo de cara a las dificultades específicas de nuestra población.
- Estudio de población ligado a la promoción de recursos.
- Potenciar los recursos ocupacionales existentes como lugares de entrenamiento laboral.
- Mayor aprovechamiento de los programas de FPO.
- Optimización del apoyo a los distintos recursos.
- Aprovechamiento de los recursos ordinarios existentes para la promoción de empleo.
- Búsqueda de prácticas en empresa ordinaria.

La segunda persona en participar en la mesa fue **D. Francisco José Lama García**, *Dirección General de Empleo e Inserción. Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico de*



la Junta de Andalucía, que nos expuso el programa de empleo que desarrolla la Junta de Andalucía: ANDALUCÍA ORIENTA.

Este programa tiene unos objetivos definidos que son:

- Es un programa de intervención genérico.
- Está financiado por el fondo social europeo y la consejería de Andalucía.
- Asesoramiento especializado, así como otras acciones que permitan la búsqueda de empleo.
- Dirigido a población activa andaluza.
- Asesoramiento especializado para la toma de decisiones.
- Coordinar las distintas iniciativas existentes en orientación profesional y con otro tipo de recursos.
- Rentabilizar los recursos existentes.
- La orientación profesional ha de integrarse en el futuro servicio de orientación andaluz (que se inicia ahora).

Principios del Programa Andalucía Orienta:

- 1.- Igualdad de oportunidades: ofrecer más oportunidades a los que menos las han tenido. Orientación profesional como mecanismo de compensación.
- 2.- Se centra en la persona. Flexibilidad para dar una respuesta personalizada a cada individuo.
- 3.- Aprovechamiento de las nuevas tecnologías, red de servicios sociales y recursos.
- 4.- Principio de contextualización, sin olvidar que las dificultades y necesidades de cada persona están dentro de un contexto, en este caso laboral. Muy en contacto con la empresa, las necesidades de los empresarios, el mercado laboral, etc.
- 5.- Calidad: formación y cualificación de los profesionales y estabilidad temporal.
- 6.- Integrado en el servicio público de la salud.

Conclusiones:

- Orientación profesional en un programa de intervención adaptado.
- Las personas con enfermedad mental requieren mayor amplitud.
- Requiere de un apoyo más extenso y mayor tiempo de dedicación.
- A través de la orientación profesional se puede conseguir la integración social.
- El 14% trabaja en empresa ordinaria.
- Este programa funciona, aumentando la empleabilidad pero resulta también necesario el apoyo de otro tipo de apoyos de acercamiento al empresario.



- Comporta una serie de limitaciones que se centran en que los recursos están sólo orientados para la búsqueda de empleo. Pero también tiene ventajas como la capacidad de buscar empleo con una serie de servicios de soporte de formación para rentabilizar los recursos.

La tercera persona en participar en la mesa fue **D. Jordi Mela**, del *Centro de Formación y prevención de Mataró (Barcelona)*, que nos habló del trabajo que se realiza en su centro.

La forma de acceso al centro es la siguiente:

1. Escuchar la demanda. Analizar el tipo de demanda, es decir, que sea una demanda sostenida por el usuario, que pueda sostener, que no sea una demanda del otro, si es una demanda laboral o de ocupación y si existe un proyecto personal.
2. Ofrecer información al usuario.
3. Obtener información del usuario en relación al trastorno (grado de conciencia, aspectos relacionados con la evaluación de la enfermedad, abordar temas de contratos), en relación al ámbito profesional (coherencia curricular del conjunto de su formación, tener en cuenta la historia laboral anterior), en relación al ámbito familiar (capacidad de ayuda percibida, percepción de relación con la familia, capacidad de ayuda y estructura familiar), en relación a la red social.
4. Elaboración de un diagnóstico psicosocial.
5. Selección de los candidatos.
6. Establecer un plan inicial personalizado.

Las intervenciones que se realizan en el centro son de recopilación de informes, entrevistas iniciales, coordinación con salud mental, orientación, definición de objetivos laborales, formación, búsqueda activa de empleo e inserción en empleo protegido.

Esto con las ventajas de una mayor seguridad para el usuario y como tránsito al empleo ordinario, y las desventajas de los tipos de trabajo y las dificultades para acceder al mercado ordinario, y por último inserción al mercado ordinario con las ventajas de mayor integración sociolaboral y mejores condiciones laborales y las desventajas que suponen las dificultades de acceso a una opción minoritaria, el riesgo de segregación y las dificultades en el mantenimiento de las condiciones.

Como opción a estas dificultades entre empresa protegida y empresa ordinaria estaría las empresas sociales, que ofrecen lo mejor del trabajo protegido en empresas del mercado ordinario.



La última persona en intervenir en la mesa fue **Dña. Teodosia Sobrino Calzado**, del *Centro de Rehabilitación Laboral Vázquez Mella de la Comunidad de Madrid*.

Recursos con los que cuenta Madrid: 9 CRPS, 9 mini residencias, 6 pisos supervisados, 11 pensiones y 3 Centros de Rehabilitación laboral (más otro que se acaba de abrir).

El CRL de Vázquez Mella lleva funcionando desde el año 1992. El perfil de usuarios que atienden son personas entre 18 y 45 años y cuentan con una plaza por cada 100.000 habitantes.

Fases:

- Evaluación: historia formativa laboral, orientación vocacional, técnicas de búsqueda de empleo, habilidades de ajuste laboral. En función de la evaluación se planifica la intervención.
- Intervención: orientación vocacional, habilidades de ajuste laboral, apoyo a la formación, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, apoyo en la búsqueda y mantenimiento de habilidades en el trabajo.
- Orientación vocacional: evaluación de la motivación inicial, intereses vocacionales, expectativas laborales y relación con el mundo laboral. Intervención en la adquisición de información sobre las características del mercado laboral, reconocimiento de capacidades y limitaciones y definición de intereses profesionales.
- Orientación vocacional: proceso que tiene como objeto despertar intereses vocacionales.
- Habilidades de ajuste laboral: habilidades y hábitos de trabajo necesarios para mantenerse en un empleo. Estas habilidades pueden ser valoradas en los talleres rehabilitadores con los que cuentan, que son un taller de informática y un taller de oficios. Los talleres rehabilitadores sirven para trabajar hábitos básicos, para reorientar y ubicar, para trabajar habilidades en el ámbito laboral y habilidades cognitivas.
- Habilidades de búsqueda de empleo: en la evaluación se identifica y seleccionan las ofertas de empleo, se elabora el curriculum vitae, se cumplimentan las instancias y solicitudes, se trabaja el manejo del teléfono, de la entrevista... Y en la intervención se aprende a manejar fuentes de información laboral, se aprende a discriminar ofertas, a realizar el curriculum vitae, a cumplimentar documentos...

Los momentos claves para pasar del Centro de Rehabilitación laboral al empleo son dos: en primer lugar, cuanto más tiempo pasa en desempleo, porque más baja será la motivación, y en segundo lugar, cuando el mismo usuario hace numerosos intentos para acceder a empleo (se muestra muy motivado).



Tras la cuarta mesa, D. Marcelino López habló de las conclusiones de las jornadas y de las propuestas para el futuro, dando por finalizadas con su intervención las jornadas hasta el año que viene.

ANEXO 2.

**INFORME DE LA VISITA DE ESTUDIO A LA
FUNDACIÓN ERAGINTZA (VIZCAYA)**

11 Abril 2003

VISITA DE ESTUDIO A LA FUNDACION ERAGINTZA**ABRIL 2003**

Eragintza es una fundación de carácter benéfico-asistencial, sin ánimo de lucro cuyo objetivo fundamental es la reinserción social y laboral de personas con trastornos mentales.

Fue fundada por BBK y la Diputación Foral de Vizcaya en el año 1991. La financiación la reciben de estos dos organismos, aunque también se presentan a las convocatorias oficiales, si bien tienen la ventaja de contar con un presupuesto estable que les permite desarrollar los programas independientemente de si les son concedidas o no las subvenciones solicitadas en las convocatorias oficiales.

Los programas de que disponen son cuatro:

- Acogida y valoración.
- Formación
- Empleo Protegido
- Empleo Normalizado

1. ACOGIDA Y VALORACIÓN:

Reciben derivaciones de los Centros de Salud Mental o centros privados, siempre con un informe de derivación que han elaborado conjuntamente.

Realizan una entrevista y una evaluación (situación psiquiátrica, socio familiar, vocacional, etc.), y en base a esta entrevista establecen orientaciones individualizadas para el usuario concreto.

Han pasado por evaluación en total hasta diciembre de 2002 cuatrocientas personas, y solo en el año 2002 han atendido a 116 personas. Los profesionales realizan un seguimiento personalizado desde el momento en que el usuario se incorpora a cualquier servicio ofertado por la entidad.



2. FORMACIÓN:

Imparten diferentes programas de formación que abarcan desde la Formación Básica hasta los cursos de entrenamiento e incorporación a un puesto de trabajo protegido o normalizado.

Formación Básica: El objetivo es trabajar el desarrollo cognitivo del usuario, la estructuración horaria, la mejora de las habilidades sociales y de comunicación, la autoestima y la autoconfianza. Algunos de estos programas son impartidos por voluntarios (estudiantes de Psicología de último curso). Ofrecen Inglés, Euskera, Cultura General, Pintura, Maquetación y Revista. Podríamos decir que los objetivos son similares a los de un Centro de Rehabilitación pero las actividades a través de las que los trabajan son diferentes.

Formación sociolaboral: pretende el entrenamiento de las habilidades necesarias para la integración sociolaboral. Es impartido por psicólogos. Los objetivos son el aprendizaje de habilidades sociales básicas y de técnicas de afrontamiento del estrés que faciliten la integración del usuario en entornos laborales, profundizar en los intereses vocacionales de cada persona de un modo realista, en base tanto a sus habilidades y capacidades como a los recursos y modalidades del trabajo disponible, desplegar todos los recursos posibles de los usuarios en la búsqueda de empleo de forma independiente.

El contenido es el siguiente: Técnicas de comunicación interpersonal, entrenamiento en habilidades sociales, manejo del estrés en situaciones laborales, técnicas de resolución de problemas, orientación vocacional, técnicas de búsqueda de empleo y formación.

Formación Laboral: dirigido a la capacitación técnica de los usuarios para el desempeño de diferentes actividades laborales:

- Cursos de informática: en el año 2002 han dado formación a seis grupos de alumnos en un Curso de Gestión Administrativa Informatizada.
- Preparación de oposiciones: tres grupos de usuarios (15 por grupo) a los que se les apoya en la preparación de oposiciones a la administración.
- Internet: dos cursos en el año 2002.
- Contabilidad.

Formación Profesional: aprender un oficio. Cuentan con un profesional del oficio y con un monitor laboral que se responsabiliza del ajuste social y psicológico de cada usuario, trabajando en estrecha colaboración con las familias, equipos de salud mental y profesionales de Eragintza.:



- Taller de encuadernación artesanal: en funcionamiento desde el año 95. En el año 2002 han formado a 19 personas.
- Taller de Hostelería: en funcionamiento desde el año 1996. En el año 2002 se forman 17 usuarios.
- Taller de jardinería-horticultura: en el año 2002 han formado a 33 usuarios.

3. EMPLEO PROTEGIDO:

Consideran dentro de este apartado dos conceptos:

Trabajo ocupacional: entendido no como se entiende al uso un centro ocupacional sino como una formación becada.

Los usuarios que están en estos Centros Ocupacionales podrían perfectamente, por sus habilidades, estar contratados, pero la actividad que desempeñan no es viable como Centro Especial de Empleo, por lo que los mantienen con una beca de formación que asciende a unos 120 euros mensuales.

Eragintza cuenta con los siguientes centros ocupacionales:

- Centro Ocupacional de Encuadernación en Alonsótegui.
- Centro Ocupacional de Jardinería en Basauri.
- Centro Ocupacional de Hostelería en Alonsótegui.
- Centro Ocupacional de Lavandería en Arrigorriaga con 12 usuarios.

Centro Especial de Empleo: LAVANINDU, S.L.

Este Centro Especial de Empleo lo creó Eragintza en el año 1993, junto con AVIFES y la Fundación ARGIA, y desarrolla actividades en el campo de la lavandería industrial.

La plantilla de Lavanindu está formada por 70 personas, de las cuales 51 son personas con trastorno mental. Los usuarios cuentan con el apoyo de 3 monitores laborales y un psicólogo para su rehabilitación social y laboral.

Esta lavandería está gerenciada por INDUSAL, puesto que los técnicos de Eragintza no tenían experiencia en la gerencia de empresas y llegaron a este acuerdo.

4. EMPLEO NORMALIZADO:

*Eragintza cuenta con un **Servicio de Orientación Laboral y Búsqueda de Empleo**, destinado a facilitar a los usuarios su incorporación y mantenimiento del puesto de trabajo.*



En el año 2002, los usuarios que accedieron a empleo normalizado fueron 44. En la actualidad son 30 las personas que mantienen dicho empleo (las otras 14 personas finalizaron contrato).

El tipo de empleo normalizado desempeñado ha sido de repartidor, buzzoneador, mensajero o encuestador, peón de limpieza y mantenimiento, pintor, auxiliar de correos, auxiliar administrativo, operario de almacén, operario de lavandería, operario de montajes, asistente domiciliario, dependiente, vigilante y guarda de seguridad, encuadernador artesanal, conserje y celador, camarero, jardinero y programador informático.

USUARIOS ATENDIDOS EN EL AÑO 2002

- Cursos de Formación: 319 usuarios. (27 cursos impartidos)

- Formación laboral:
 - Taller de encuadernación: 19 usuarios
 - Taller de jardinería: 33 usuarios
 - Taller de hostelería: 17 usuarios
 - Taller de lavandería: 31 usuarios

- Centro Especial de Empleo Lavanindu, S.L.: 64 usuarios

- Seguimiento en empleo normalizado: 43 usuarios.



ANEXO 3.

**Nota de prensa sobre INICIA en el Diario ALERTA
16 de marzo de 2003**



ANEXO 4.

Carpetilla de presentación de resultados del Proyecto INICIA 1998 – 2002



ANEXO 5.

**Artículo aparecido en la publicación Diario Médico sobre desarrollo del programa Inicia
15 de abril de 2003**



ANEXO 6.

Informe de la asistencia al II CONGRESO IBERICO DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo.

Salamanca 19, 20, 21 y 22 de noviembre de 2003.

**MEMORIA DE LA ASISTENCIA AL: II CONGRESO DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL- II CONGRESO IBERICO DE SAÚDE MENTAL-
Salamanca 19,20,21 y 22 de noviembre de 2003.**

Día 19 de noviembre de 2003

Presentación

A cargo de D.Desiderio López, Coordinador y Presidente del Consorcio Hospitalario de Salamanca. Presenta el congreso como la continuación de otro celebrado en Cascais (Portugal) en noviembre de 2002, sobre rehabilitación e integración laboral. Miguel Angel Verdugo, Director del INICO; comentarios acerca de la reciente inclusión de la enfermedad mental dentro del campo de la discapacidad.

Mañana. Conferencia Inaugural. Revisión del marco conceptual y de los fundamentos de la atención comunitaria en salud mental. José García González. Psiquiatra. Jefe de Servicio del Hospital Central de Asturias.

” Revisión del marco conceptual y fundamentos de la atención comunitaria en Salud mental”. Extraemos las siguientes conclusiones: la atención en salud mental en el futuro debe tener en cuenta los contextos económicos y sociales del momento. Se van a presentar nuevas situaciones psicosociales que suponen retos y nuevas oportunidades de acción y de diseño de estructuras y programas de atención. Debemos tener en cuenta los siguientes cambios: El envejecimiento de la población, va a hacer que aumente el número de personas con dependencia y las necesidades ligadas a estas situaciones. El aumento de cambios en relación a la estructura de la familia, nuevos roles sociales y en el trabajo, los cambios en la existencia del apoyo social y redes sociales, el fenómeno de la inmigración y sus consecuencias en estas personas etc. Todos estos cambios según D.José García deben llevarnos al desarrollo de nuevas propuestas de avance en la atención comunitaria: Los planteamientos deben avanzar más en la prevención, para poder estar vigentes, es necesario repensar el concepto de comunidad, mejorar la coordinación de los sistemas de prestación social y otros, diseñar programas que fomenten la autonomía y capaciten al individuo para su autoeficacia y participación creando entornos capacitantes.

Conferencia: Geoff Shepherd. Director of Partnerships & Service Development. Reino Unido.

“Integración laboral de personas con enfermedad mental”. Comienza hablando del desarrollo de los programas comunitarios de asistencia en salud mental desde el comienzo de la desinstitucionalización para hablar de los programas comunitarios actuales, basados en la existencia de equipos de intervención comunitaria: equipos de tratamiento asertivo comunitario,



de intervención en crisis, de intervención temprana etc. Este modelo de actuación fomenta la autonomía de la persona y la implicación de la misma en aspectos de su vida como mantenerse en una vivienda, mantener un empleo, reducir la estigmatización, favorecer la inclusión etc.

Seguidamente habla de los modelos de intervención en rehabilitación laboral, donde la investigación hasta el momento avala la eficacia de los "modelos de colocar y formar" es decir de los programas de empleo con apoyo, como los más eficaces a la hora de integrar laboralmente a las personas con enfermedad mental en el empleo normalizado. Otros niveles de intervención que generan empleo están basados en la existencia de empresas sociales (centros especiales de empleo) que son empresas generadoras de empleo para colectivos específicos y con características específicas, de flexibilidad, régimen económico etc. Como conclusiones refiere que es importante flexibilizar la oferta de servicios de rehabilitación e inserción soio-laboral así como adaptarlos a las necesidades tan variadas de este colectivo, generando en los usuarios una participación e implicación activa en estos procesos.

Tarde

Mesas redondas I: "Capacitación (Empowerment) grupal, organizacional y comunitario".

Composición:

Desarrollo comunitario. Ramón Blasi. Presidente de la Asociación ARAPDIS. Barcelona. Presenta el funcionamiento de esta entidad que tiene en el barrio de Gracia en Barcelona, desde hace 25 años una serie de servicios de rehabilitación e inserción laboral para personas con discapacidad por enfermedad mental.

Organizaciones sanas / organizaciones para el desarrollo. Luis Fernández. Profesor de la Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Hace una descripción de los factores que determinan el funcionamiento "sano" en una organización y los problemas derivado de un funcionamiento con defectos. Establece recomendaciones de eficacia para mejorar las organizaciones y las ventajas de mantener un funcionamiento adecuado, aplicado a los distintos servicios de atención comunitaria en salud mental.

Mesas redondas II:

Rehabilitación y atención comunitaria. Perspectivas desde España y Portugal.

Ricardo Guinea. Presidente de la Federación de Asociaciones de Rehabilitación. Madrid.

Rehabilitación y atención comunitaria. Alvaro Carvalho. Director del departamento de salud Mental del Hospital São Francisco Xavier. Lisboa.

Mesas de comunicaciones:

Mesa I:

La evaluación Ocupacional. Una práctica del Terapeuta Ocupacional. Talavera, M.A.; Blanco, M.



Evaluación de resultados de un Programa de entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación en una Unidad de Hospitalización breve, Hospital de día. Fernández Martín L.C., Fombellida Velasco C, Sandoval García O.

Cuidador informal y rehabilitación. Participación enfermera en un programa de apoyo multidisciplinar. Fornés, J.

Mesa II:

Inserción- dificultades. Belo, F., Costa, M.L., Silva, C.

La rehabilitación laboral como herramienta de normalidad social. Martín, M.A., Blanco, F., Lamy, N., Martínez, F.

Favorecer la accesibilidad en contextos rurales: el Piso- escuela. Cantero, P.A., Casado, M.P.

Rehabilitación Psicosocial en el Area de Vigo: una experiencia con un futuro incierto. Veiga, M.J., Rodríguez, M.V.

Mesa III:

- Estudio descriptivo-trasversal de calidad de vida, en pacientes con enfermedad grave y prolongada (esquizofrenia) tratados en un equipo de salud mental. Arias, T., García. P., González, E., Villanueva, J.L.

Conclusiones: Lo más importante detectado es que la población ha ido tendiendo al envejecimiento, lo cual es importante para los futuros programas asistenciales. Destacar también las grandes diferencias entre personas con gran sintomatología persistente y las que no presentan esto. Se ha medido la gran repercusión que ejerce la presencia de sintomatología en el rol autónomo de la persona.

- Salud Mental en la infancia y la niñez temprana: clasificación diagnóstica 0-3. Córdoba, L. Universidad Pontificia Javeriana. Cali. Colombia.

Presentación del instrumento. Versión infantil de la clasificación D.S.M.IV.

- La visita domiciliaria en el marco del tratamiento Asertivo Comunitario. Martínez Jambrian J.J., Fernández García R., Peñuelas Carnicero. Servicio de Salud Mental de Asturias SESPA. Conclusiones: se habla del programa de tratamiento basado en visitas domiciliarias y tratamiento comunitario en pacientes psicóticos fundamentalmente, que tienen dificultades para seguir un tratamiento ambulatorio convencional. Este programa está en funcionamiento desde 1999. Desde la red de salud mental se mantienen equipos de intervención comunitaria que garantizan la continuidad de cuidados de aquellos paciente que sin esta asistencia más flexible dejan los tratamientos y comienzan a ser pacientes de "puerta giratoria". Los antecedentes de este tipo de funcionamiento están en el trabajo realizado en países como E.E.U.U. a partir de los años 50 en los procesos de desinstitutionalización de los pacientes crónicos, dentro del llamado Tratamiento Asertivo Comunitario. Este modelo está muy poco teorizado y en el futuro han de hacerse esfuerzos en este sentido. Es un modelo de trabajo que partiendo en Asturias



de las Unidades de Salud Mental, interviene en aquellos pacientes difíciles o que tienen escaso cumplimiento terapéutico, mejorando el mismo.

- Equipo de continuidad de cuidados. Análisis de una experiencia. Suárez, M.J., Freije, C. Vázquez, M.J., López, S. Servicio Gallego de Salud. Equipo de Salud Mental de Lugo. A finales del año 2002, comienza a funcionar un equipo de salud mental de atención comunitaria. La ubicación está en el hospital psiquiátrico (hospital de día) comarcal. Son un equipo de tres personas (una psiquiatra, una enfermera y una auxiliar de clínica psiquiátrica), se atiende a pacientes que han estado en la red y que es difícil que se mantengan en ella. Objetivos: mantener a los pacientes resistentes dentro de la red de salud mental. Se hace un control de la medicación, se prescribe la misma si hace falta y se dan otras atenciones sanitarias básicas. Conclusiones: en el breve tiempo de funcionamiento esta intervención, ha permitido reducir el número de ingresos hospitalarios o bien ha permitido la reducción de ingresos involuntarios, siendo todos programados. Ayuda sobre todo a pacientes de difícil cumplimiento del medio rural. Mejora el control y seguimiento de los pacientes más crónicos y/o de peor pronóstico adscritos al área de salud de actuación.

Día 20 de noviembre de 2003

Mañana:

Conferencia

“La rehabilitación laboral como proceso.” Marcelino López. Director de Programas de FAISEM de Andalucía. Las personas con enfermedad mental crónica como colectivo tienen una serie de características específicas que les convierte en uno de los colectivos sociales con más desempleo históricamente. Desde FAISEM, Fundación Andaluza para la Integración del Enfermo Mental, con varios años de experiencia en el campo de la integración laboral de personas con enfermedad mental se ha observado la siguiente evolución de los programas de empleo:

- 1º- Laborterapia institucional, desarrollada en los hospitales etc.
- 2º- Empleo protegido.
- 3º- Programas de rehabilitación vocacional.
- 4º- Empleo con apoyo.
- 5º- Empresas sociales.

Actualmente hay dos tipos de estrategias que actualmente permiten un mayor éxito de integración laboral: Empleo con apoyo, empresas sociales.

Los *programas de empleo con apoyo*, son recientes (llevan unos 10 o 12 años de funcionamiento), han sido desarrollados en Estados Unidos y tienen estudios que informan sobre su eficacia. Se basan en los modelos de “colocar y formar”, es decir se busca primero un empleo adecuado y luego se implementan los apoyos necesarios. Se tiene en cuenta la vocación, intereses y preferencias de las personas como algo fundamental, ya que se ha demostrado que tener esto en cuenta es más exitoso. Estos programas deben mantenerse el

tiempo necesario (quizás años), según cada persona. La adaptación de estos modelos en España se está comenzando a realizar aunque debemos tener en cuenta las características tan específicas del mercado de trabajo español.

Las *empresas sociales*, (centros especiales de empleo), son una fórmula que se ha ido extendido más o menos en todas las comunidades autónomas. Son empresas con trabajadores con algún tipo de discapacidad, competitivas a nivel de mercado y que tienen unos regímenes jurídicos y funcionales específicos. Hay muchas diferencias de funcionamiento entre distintos países, según sean sus políticas de empleo y de integración

Posteriormente se pasa a comentar las variables de éxito en los programas de empleo:
-Motivación personal para el empleo, es fundamental la visión de al persona como alguien ubicado en el mundo laboral.

- Historia previa de empleo, es un predictor importante de la adaptación al puesto de trabajo.
- Poseer habilidades laborales básicas.
- Poca historia de hospitalizaciones o poca repercusión psicosocial de la misma.
- También influyen de una manera importante otros factores como son la sintomatología, las características del diagnóstico etc.

Conclusiones: en España estamos asistiendo a la realidad de que poco a poco van implementándose los programas específicos de apoyo al empleo e integración laboral de personas con enfermedad mental. Las necesidades de las personas con esta problemática son muy variadas y diversas, con lo que debe establecerse todo un abanico de estructuras y programas, encaminados a conseguir la integración social. Estos programas deben ser al menos los siguientes: programas de tratamiento comunitario, programas de rehabilitación psicosocial, programas de orientación vocacional, programas de rehabilitación laboral, actividades de tipo ocupacional, programas de formación básica, de formación profesional. Trabajo supervisado, programas de orientación y apoyo en la búsqueda de empleo y programas de apoyo al empleo.

Conferencia.

“ **Aplicación de nuevas tecnologías a la salud mental comunitaria**”. Manuel Franco. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial. SACYL. (Servicio de Salud de Castilla y León). Zamora.

La conferencia se basa en la explicación de puesta en marcha de un proyecto de colaboración en nuevas tecnologías, financiado con fondos europeos de cooperación tranasnacional. En este caso se trata de un proyecto conjunto de cooperación entre la diputación de Zamora y el área noroeste de Portugal.

La reforma psiquiátrica en España ha ido impulsando modelos de trabajo comunitario, no así en Portugal donde la implantación de estos modelos es más parcial. En un intento de aplicación de las nuevas tecnologías y basándose en los principios de atención comunitaria,



proximidad, continuidad de cuidados y atención integral, nace este proyecto con una duración de dos años. Es un programa que implementa los siguientes servicios:

Proyecto INTEREG- Portugal, España, Zamora y Salamanca. 1. Conexión del hospital con todos los centros de salud y unidades de salud mental de todas esas zonas geográficas.

2. En salud mental el proyecto de llama Telepsiquiatría. Costa de teleconsultas psiquiátricas y de visitas y atención domiciliaria. A través de las nuevas tecnologías se hacen consultas en tiempo real y de forma casi inmediata se contacta con los especialistas dentro de los centros de salud.

3. Se utiliza el cuestionario RAI, para evaluar los niveles de dependencia de la población, permite evaluar las necesidades y generar nuevos diagnósticos.

Conclusiones: el proyecto va a permitir por un lado mejorar el diagnóstico de la dependencia de un tipo de población concreto, para el desarrollo de futuros sistemas de asistencia y por otro lado el uso de nuevas tecnologías permite experimentar y mejorar el nivel de asistencia a la población, con nuevos aspectos como mejora de la eficacia, atención inmediata, acceso a la atención especializada en aquellas zonas de dispersión geográfica etc.

Mesa I:

“Relación entre redes”. Coordina: Francisco Chicharro.

Continuidad de cuidados. Francisco Chicharro. Director del Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Vizcaya. Presidente de AEN.

Red de salud y red social. Pablo García. Técnico de FAISEM. Andalucía.

Programas de prevención en salud emntal infanto-juvenil. Consuelo Escudero. Equipo de salud mental infanto-juvenil, Getafe. Madrid.

Mesa II:

“Esquizofrenia y salud mental comunitaria”

Coordina: Martín Vargas. Presidente de la Asociación Castellano-Leonesa de Rehabilitación . La Rueca.

-Plan Integral de Atención al Trastorno Mental Severo en la comunidad. Dispositivos. Programas y Servicios. Lluís Lalucat. Coordinador General del Centre d’Higiene Mental Les Corts. Barcelona. Conclusiones: define las características de esta población y las dificultades para su continuidad en la red y la adherencia a los tratamientos y a permanecer en los dispositivos de rehabilitación. El número y las necesidades de estos pacientes y sus familias, son diversas y deben de tener una respuesta asistencial adecuada. La asistencia ha de basarse en la programación y en uso de los procedimientos científicos que han demostrado su eficacia. Debe promover en el paciente un nivel de autonomía y de corresponsabilidad con su proceso de integración, para evitar la dependencia en los distintos niveles de intervención. Hemos de avanzar el la aplicación del modelo de intervención comunitario y darle un sentido de existencia real también para aquellos pacientes de difícil manejo.



- Prevención de recaídas. Joaquín Gago. Departamento de Salud Mental del Hospital São Francisco Xavier. Lisboa. Portugal. Conclusiones: explica el programa de prevención de recaídas en pacientes graves y/o crónicos que tienen contacto con esa institución y están adscritos a la misma. Las redes de salud mental públicas en Portugal tienen deficiencias de extensión según la zona geográfica. El programa presentado habla en concreto de los pacientes que han estado hospitalizados allí y mantienen seguimiento. Se trata de la aplicación de un modelo psicoeducativo, (la presentación de los datos está confusa al no existir traductor), por lo que a grandes rasgos los resultados vienen a decir que la aplicación de seguimiento, más educación al paciente en el manejo de la mediación y de la detección precoz de síntomas de alarma, mejoran en concreto el nivel de hospitalizaciones (siendo estas más bajas).

Tarde

Conferencia

“Atención Primaria y salud mental”.

Víctor Aparicio. Jefe de Servicio de Salud Mental. Asturias.

Comenta sobre los planes de salud mental asturianos, desarrollo y estructura. Habla sobre la importancia de la atención primaria en salud mental, en especial sobre el aspecto de la misma como filtro importante de los problemas que finalmente van a la atención especializada y como gestor de estos casos, en las llamadas “patologías menores” (depresión, trastornos de ansiedad etc.). Es importante dotar de formación y medios a los profesionales de atención primaria para dar respuesta adecuada a los problemas de salud mental en todos los niveles de la prevención: primaria, secundaria y terciaria. Reconocer y mejorar el papel de la atención en estos niveles puede ayudar a una mejora en la organización y funcionamiento de los servicios especializados, donde las patologías de salud mental “menores” a veces los colapsan dejando menos tiempo de asistencia a los casos más graves y/o crónicos. También la preparación de estos profesionales puede mejorar la derivación y detección de otras patologías que sin su ayuda nunca llegan a los servicios especializados y no son atendidos específicamente.

Mesa I

Educación Y Salud Mental.

La escuela como comunidad de aprendizajes. Gerardo Echeita. Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid.

Educación para la salud: Modelo de competencia. Miguel Costa. Profesor de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Modelos psicoeducativos. Manuel Gonçálvez. Corresponsable Proyecto Europeo de Entrenamiento en Terapia Familiar Conductual. Facultad de Ciencias Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Portugal.



Mesa II

Red asistencial de salud mental.

Hospitalización breve. José Luis Fernández. Jefe de Sección de la Unidad de Psiquiatría. Hospital Nicolás Peña. Vigo.

Programas de Salud Mental en Atención Primaria. Luzía Delgado. Departamento de salud Mental del Hospital São Francisco Xavier. Lisboa. Portugal.

Epidemiología de las enfermedades mentales en Atención Primaria. Andez Retolaza. Centro de Salud Mental de Basauri. Vizcaya.

Día 21 de noviembre de 2003

Mañana:

Conferencia

“ Organización de cuidados comunitarios ”. Abelardo Rodríguez. Coordinador de programas de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Conclusiones: presenta el Plan de Atención en Salud Mental de la comunidad de Madrid para el 2003-2005, que acaba de ser aprobado. Se puede consultar también en internet dicho plan y se ha mostrado como clara referencia de actuación para otras comunidades, es el tercer plan de esta comunidad. La asistencia en salud mental está directamente conectada con servicios sociales. Las necesidades de las personas con problemas de salud mental oscilan entre elementos sanitarios y sociales y debe haber una respuesta desde ambos sectores. Establece una serie de recomendaciones finalmente para la asistencia de este colectivo de personas:

- Debe haber actualmente y en el futuro una clara priorización política y social en la atención a esta población. Debe haber fondos y programas disponibles de forma prioritaria.
- Debe existir un esfuerzo por delimitar e identificar a esta población, algo que es todavía muy escaso y parcializado.
- Debemos realizar un esfuerzo para implementar las nuevas prácticas de rehabilitación psicosocial en todas las zonas y para todas las personas que lo necesiten independientemente de su lugar de residencia y/o comunidad.
- Debe aumentar el papel de la presencia de dotaciones y medios de los Servicios Sociales en el futuro, ya que las nuevas formas de dependencia están requiriendo soluciones y apoyo en los aspectos sociales: vivienda, apoyo a la convivencia autónoma, tutelas, mejora de la red de apoyo, participación en la comunidad etc.

Conferencia

“ Centros de rehabilitación laboral ”.

Teodosia Sobrino. Directora del centro de Rehabilitación Laboral, “Vázquez Mella”. Madrid.

Coclusiones: Explica el funcionamiento de los centros de rehabilitación laboral en la comunidad de Madrid. Los objetivos son conseguir la inserción laboral de las personas con enfermedad



metal de larga duración y/o grave. Se trabajan aspectos de rehabilitación en hábitos laborales básicos, formación básica, formación laboral y finalmente se establece un apoyo a la búsqueda de empleo. Según el perfil de cada persona se ajustará a cada etapa en el proceso de inserción laboral final. La inserción laboral, se realiza siempre en empleo normalizado. Los resultados de inserción avalan la eficacia de estos programas de rehabilitación.

Mesa I

Formación y empleo.

- Programas de formación. Ignacio Calvo. Técnico de Inserción laboral. Asturias.
- Orientación laboral. Desiderio López. Jefe de sección. Unidad de Rehabilitación. Salamanca.
- Programas Europeos para la formación. Leonardo Da Conceição, director de Servicios de Programas de Inserción. Portugal.

Mesa II

Talleres ocupacionales

-Habilidades laborales de personas con enfermedad psiquiátrica. Mónica Martín y Manuel Morollón. Universidad de Salamanca. Consorcio Hospitalario Salamanca. Conclusiones: presenta un estudio de evaluación de estas habilidades en un taller de reciclado de papel en un grupo de personas con enfermedad mental.

El instrumento utilizado es el PPL (perfil de personalidad laboral), de Bolton y Roesler, 1986, traducido por Cristina Jenaro (Universidad de Salamanca). El estudio está pendiente de su publicación y sólo nos pudieron ofrecer como conclusiones que este estudio ha servido para validar dicho instrumento que presenta en su medición 11 habilidades y 5 factores. Ha demostrado su utilidad para medir habilidades laborales básicas y la disposición personal favorable hacia el mundo del trabajo (motivaciones, metas, expectativas, adaptación al entorno relacional...).

- O Trábalo na reabilitação de personas com doença crónica. Mario Pereira. Asociación Solidariedade Social Lafões (ASSOL). Portugal. Conclusiones: si el trabajo ocupacional se realiza en situaciones reales de trabajo es muy útil, ayuda a las relaciones sociales, reduce los internamientos etc. El trabajo ocupacional debe tener un sentido laboral, una utilidad, es necesario hacer una labor en el mundo empresarial para que valore y oferte este tipo de ocupación.
- Ateliers Ocupacionais. Margarida Cordo. Casa Saúde de Telhal. Lisboa. Portugal. Conclusiones: la laborterapia institucional debe ser superada, aunque no debe olvidarse su utilidad para aquellas personas en determinada situación que necesitan este tipo de terapia para mejorar, estructurar su tiempo y comenzar posteriormente en otro tipo de terapia y/o programa.



- Centros Especiales de Empleo ASOVICA. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Institucional. Soria. Conclusiones: en 1998, la asociación de familiares de Soria, pone en marcha esta empresa con el objetivo de insertar laboralmente a personas con problemas de salud mental. Es el primer centro abierto en Castilla y León de estas características y el quinto en España en entrar en funcionamiento, se dedica a la producción de repuestos de automóvil. El personal es específicamente personas con enfermedad mental. Se ha realizado un estudio sobre su evolución en este tiempo. Se ha pasado la escala de calidad de vida-bienestar percibido, WHOQOL Bref. de la OMS. Los resultados afirman que mejora el índice de ingresos hospitalarios de las personas (éstos son menores en número y de menor duración), su sensación subjetiva de calidad de vida, es mayor que en otras personas de características similares.

Tarde:

Conferencia:

“Tratamiento asertivo comunitario”.

Mariano Hernández. Jefe de Servicio de Salud Mental. Madrid. Expresidente de la AER (Asociación española de Rehabilitación). Conclusiones: el modelo de trabajo en la comunidad, intervención asertiva nace en Estados Unidos, con las experiencias de la extrahospitalización de pacientes graves y su apoyo a la adaptación en la comunidad. Define las características de los equipos de trabajo: un profesional por cada 10 pacientes, equipo multidisciplinar (psiquiatra, trabajador/a social, terapeuta ocupacional, enfermero/a, auxiliar de clínica psiquiátrica) con un coordinador, responsable. Los usuarios son pacientes de un perfil determinado, siempre los que tienen más dificultades de estar y/o permanecer en la red de asistencia y la intervención se mantiene por tiempo indefinido. Las áreas de trabajo son: habilidades de la vida cotidiana, intervención familiar, psicoeducación y manejo de la enfermedad, intervención familiar, alojamiento, supervisión de dinero y medicación, apoyo a la integración laboral. En España este modelo de trabajo es de una implantación escasa y debe ser impulsado. Los estudios avalan que reduce las recaídas, mejora el ajuste social de las personas, permite mayores niveles de vida autónoma (mantener la propia vivienda, etc.). Es necesario dotar equipos que realicen este trabajo y mantenerlos vigentes en el tiempo.

Conferencia:

“Empleo con apoyo”.

Miguel Angel Verdugo Alonso. Catedrático de Psicología de la Discapacidad. Director de INICO. Universidad de Salamanca.

Conclusiones: en la enfermedad mental se da el fenómeno de la existencia de una doble inactividad y tasa de paro comparada con la población normalizada y con los otros colectivos de discapacitados.



El modelo de integración laboral basado en el empleo con apoyo, promueve el acceso al empleo de las personas con discapacidad por medio de la estructuración de ciertos apoyos que permiten encontrar ocupación y mantenerla a lo largo del tiempo. Se trata de un proceso: se evalúa al posible trabajador: sus expectativas, capacidades, intereses etc. Posteriormente se realiza una oferta a los empresarios de trabajadores y servicios. Se analiza el trabajo: análisis de puestos, características, adecuación etc., análisis de tareas. Posteriormente se realiza un entrenamiento en ese puesto in situ y un entrenamiento para resolver los problemas que vayan apareciendo. A la persona se le ofrece apoyo en todo el proceso y se refuerzan los apoyos naturales que pueda tener. Se están implementando estos programas en algunas comunidades como: País Vasco, Madrid, Cataluña; pero aún son insuficientes. Este modelo de trabajo ha demostrado en los países en los que se ha puesto en marcha, su eficacia en la integración laboral de personas con enfermedad mental.

Mesa I

Sociedad civil y rehabilitación laboral.

Asociacionismo. Francisco Morata. Presidente de FEAFES.

Fundaciones. Teresa Orihuela. Directora Técnica. Fundación INTRAS. Isabel Fazenda. Fundación FNERDM.

Voluntariado y problemas para la integración. Argimiro Gómez. Trabajador Social. Unidad de Rehabilitación. Salamanca. E. Isaac Gutiérrez Rodríguez. Representante del grupo de Autoayuda de enfermos mentales de Salamanca.

Mesa II

Evaluación y Gestión de salud mental comunitaria.

Evaluación de programas y servicios: Mikel Munárriz. Unidad de Salud Mental de Borriana. Castellón.

Análisis comunitario y planes estratégicos. M^a Fe Bravo. Coordinadora del Centro de Salud Mental de Fuencarral. Madrid.

Modelos de gestión en salud mental comunitaria. Alvaro Iruin. Jefe de Servicio de salud mental. País Vasco.

Día 22 de noviembre de 2003

Mañana:

Mesa redonda.

Reflexión sobre la Inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental. Garbié Etxebarria. Fundación Ergintza. Responsable de Inserción laboral. Vizcaya. País Vasco.

Cristóbal Colón. Director Gerente. Empresa social FAGEDA. Gerona.



O impacto da parceria comunitaria na inclusão S6cio profissional de pessoas com doença mental. Rute Isabel Loureiro. T6cnica de Rehabilitaao. RUMO. Cooperativa de Solidariedade Social. Barreiro. Portugal.

Conferencia de clausura.

La empresa social.

Roberto Mezzina. Responsable del Centro de salud mental de Barcelona. Aurisina. Trieste. Italia.

Coclusiones: Trabaj6 con Franco Basaglia y en investigaci6n as6 como el desarrollo de proyectos comunitarios. Las empresas sociales presentan una alternativa posible para generar recursos econ6micos. En Trieste la legislaci6n pol6tica y una serie de decretos legales han propiciado la priorizaci6n de los derechos de las personas con enfermedad mental desde el punto de vista de su integraci6n. Tiene cuatro distritos, que agrupan a unos 340.000 usuarios, cuentan con una red de asistencia formada por hospitales, unidades de salud mental, talleres y cooperativas de integraci6n social. Vamos a hablar de la red de rehabilitaci6n laboral: las cooperativas sociales empiezan a existir desde los a6os 80, se pasa de un trabajo ocupacional a modelos de trabajo competitivos; las cooperativas est6n a medio camino entre la empresa y la rehabilitaci6n.

Existen en Trieste dos tipos de cooperativas (A, con unas 600 personas exclusivamente con problemas de salud mental) y (B personas con e.m.c. en un 50% y personas con riesgo de exclusi6n social el resto). Son cooperativas laborales 8con asambleas de socios y r6gimen fiscal adecuado a este modelo empresarial). En ellas tambi6n se realizan cursos de formaci6n laboral.

A partir de 1991, existe una regulaci6n legal para ambos tipos de cooperativas: r6gimen tributario especial, financiaci6n de la formaci6n con programas europeos, financiaci6n de programas espec6ficos de orientaci6n laboral etc. Las cooperativas tambi6n son un paso previo al empleo normalizado, a la integraci6n en el ocio y la participaci6n comunitaria. Tienen los siguientes sectores de actividad: limpieza, comedores/catering- comida a domicilio, transporte, lavander6a, activos inform6ticos, trabajos para museos, jardiner6a etc.

Unos ejemplos de ocupaci6n: poseen una especie de “peque6os hoteles” que son atendidos y gestionados en la totalidad de sus servicios y funcionamiento por los empleados de las cooperativas. Aqu6 hay personas empleadas, en formaci6n, en taller ocupacional etc. Los resultados como empresa son alentadores.

Finalmente habla de los nuevos retos:

- Desarrollar empresas privadas (las cooperativas ofrecen en su mayor parte servicios a las empresas privadas); aumentar el n6mero tambi6n de empresas contratantes.
- El empleo con apoyo: ir encontrando v6as para realizarlo, quiz6s comenzar por empresas familiares, peque6as empresas etc.



- Evaluar la utilidad de las empresas sociales, tener la posibilidad de saber de forma más precisa su eficacia.