

ORIGINAL

Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España)

MARCELINO LÓPEZ

MARCELINO LÓPEZ. Psiquiatra.
Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación.
FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental). Centro Colaborador de la OMS. Sevilla (España).
E-mail: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

El artículo presenta los principales resultados del proceso de Reforma Psiquiátrica de la región española ("Comunidad Autónoma") de Andalucía. Destaca sus implicaciones relacionadas con la lucha contra el estigma y la discriminación de personas con graves problemas de salud mental. Los datos empíricos sobre el tema son escasos, pero el artículo defiende la tesis de que los cambios en la estructura, dotación y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental, basados en modelos comunitarios de atención, son una condición básica para disminuir las actitudes sociales negativas hacia las personas con este tipo de problemas. Al respecto, se hace hincapié en aspectos como la desaparición de los Hospitales Psiquiátricos, la integración de los servicios sanitarios de salud mental en los sistemas generales de salud, el desarrollo de recursos de apoyo social (especialmente en las áreas residencial y laboral) y el crecimiento de organizaciones autónomas de familiares y usuarios.

Palabras clave: Reformas Psiquiátricas - Atención comunitaria en salud mental - Estigma - Discriminación en salud mental.

This paper describes the main results of the process of the Psychiatric Reform in Andalusia, a region ("Autonomous Community") in the south of Spain, emphasizing its implications related to the fight against the stigma and the discrimination toward people with serious mental health problems. Although the available empiric evidence on the topic is limited, the paper defends the argument that the changes in the structure, figures and functioning of the Mental Health Services, towards a community model of care, are a basic condition to diminish the negative social attitudes toward people with this type of problems. To this respect emphasis is made in aspects like the disappearance of the Psychiatric Hospitals, the integration of the mental health services in the general health systems, the development of social support resources (especially in the residential and labor areas) and the growth of autonomous family and users organizations.

Key words: Psychiatric Reforms - Community Mental Health - Stigma - Discrimination in Mental Health.

Introducción

Son numerosos los estudios, iniciativas y programas de intervención realizados en años recientes que tienen por objeto el estigma y la discriminación que afectan a las personas que padecen trastornos mentales [1-3, 6, 14, 21, 32, 38, 40-42]. El interés por el tema, que incluye la pertinencia en el campo de la salud mental de conceptos sociológicos más generales [11,18], apunta a distintas barreras sociales presentes, con distintos matices, en gran parte si no la totalidad de nuestras sociedades. El estigma y la discriminación poseen componentes cognitivos y emocionales, y consecuencias negativas en el comportamiento hacia las personas con enfermedades mentales severas y, más allá de ellas, sobre el conjunto del sistema de atención en salud mental [1, 2, 40, 41]. Barreras que, además de afectar la dignidad y la autoestima de dichas personas [40], tienen efectos discriminatorios en el acceso al ejercicio de derechos ciudadanos, así como a indispensables cuidados y servicios de atención [2, 31, 38].

La lucha contra este complejo fenómeno social incluye intervenciones múltiples, basadas en argumentos razonables, a los que se van sumando evidencias empíricas, a medida que va aumentando el conocimiento sobre las complejas redes de causalidad que lo condicionan [1-3, 14, 21, 32, 38]. Aunque las maneras tradicionales de atención, y especialmente los viejos Hospitales Psiquiátricos, son un producto más de ese complejo multicausal, se convierten también, en nuestras sociedades, en factor de refuerzo del estigma, a la vez que en instrumento de discriminación [20, 24, 34, 36]. Y ello, no sólo por sus efectos negativos directos sobre las personas que se ven obligadas a utilizarlos, sino también por servir de pantalla ante la sociedad de sus necesidades reales y de posibles modos alternativos de funcionamiento. Por ello la superación de esas viejas instituciones, y de los modos de comprender y atender a las personas con problemas de salud mental que a ellas se vinculan, son una condición básica si queremos cambiar ese complejo de actitudes y prácticas sociales.

Andalucía es una región española de tamaño medio cuya experiencia de cambio de estructuras de atención puede servir de ejemplo a este respecto, al mostrar cómo, a lo largo de los últimos 20 años, la transformación social hacia una economía más desarrollada y un sistema político democrático ha incluido un proceso de cambio en sus sistemas de atención en salud mental. La sustitución de las viejas instituciones asilares ha ido permitiendo crear, de manera progresiva, una creciente red de apoyo social en la comunidad para personas con enfermedades mentales graves, construyendo mecanismos alternativos de atención que integran apoyos para al ejercicio de derechos ciudadanos básicos con cuidados sanitarios de mayor calidad y a un costo sustentable.

Este proceso de desarrollo de redes de servicios sanitarios y sociales de base comunitaria es común a muchos otros lugares de Europa y del mundo [7, 20, 24, 34, 31, 36, 38, 39], pero creemos que el tamaño de la población afectada, el carácter sistemático y planificado del proceso y su integración en dinámicas sociopolíticas más amplias, hacen de la experiencia de Andalucía un interesante "caso" de estudio.

Ilustración 1. Situación geográfica de Andalucía.

Extensión	
Andalucía	87.561 Km ²
España	504.540 Km ²

Algunas referencias contextuales

Andalucía (Ilustración 1), es una región situada en el sur de España, con un territorio total de 87.000 km² y una población de algo más de 7 millones y medio de habitantes, lo que representa aproximadamente el 18% tanto de la superficie como de la población del país. Situada históricamente entre las regiones menos desarrolladas del sur, sólo recientemente viene presentando dinámicas sociales y políticas que van ayudándola a superar dicha situación en el marco del Estado Español y de la Unión Europea. Aún así, sigue manteniendo una tasa de desempleo y un porcentaje de población activa dependiente de la agricultura por encima de la media del país, y unos ingresos por habitante inferiores a la media española y, por consiguiente, a los del conjunto de la Unión Europea (Tabla I).

Con la transición a la democracia, a finales de los años 70 del pasado siglo, el anteriormente centralizado Estado Español evoluciona hacia una estructura casi federal, en la que 17 regiones ("Comunidades Autónomas") de desigual tamaño y estructura socioeconómica, construyen estructuras político-administrativas propias, con grados elevados de autonomía en distintos aspectos de sus políticas sociales. Aunque se mantienen bastantes elementos comunes (Ley General de Sanidad, Sistema Nacional de Salud de carácter público, gratuito y de cobertura universal), esa autonomía tiene su reflejo en las peculiaridades que afectan al desarrollo de servicios públicos de

salud mental, y en el conjunto del Estado coexisten algunas regiones con servicios bastante tradicionales y otras con sistemas comunitarios de atención.

El proceso de transformación de los servicios psiquiátricos en Andalucía

A principios de los años 80 se inicia en Andalucía un proceso de Reforma psiquiátrica [16, 23, 26, 37] que presenta, como hemos dicho, algunos aspectos comunes con la evolución del conjunto del Estado, pero también importantes aspectos diferenciales. Al final de la dictadura los servicios psiquiátricos presentan allí (y en general en toda España) una situación deplorable [12, 16]: distintas redes descoordinadas de servicios públicos, escasez general y concentración urbana de los recursos, estructura arcaica basada en hospitales psiquiátricos muy tradicionales y una total ausencia de estructuras de apoyo social en la comunidad. Siendo una región pobre, tampoco las estructuras privadas (3 hospitales psiquiátricos, de reducido tamaño y concentrados en una única provincia) permitían paliar las carencias del sistema público.

La valoración social de esta situación era claramente negativa, como pudo constatarse en el estudio sobre actitudes sociales realizado en 1986, en el que el 83 % de los encuestados (sobre una muestra de 1503 personas, representativa de la población general adulta) estaban en contra de los hospitales psiquiátricos [17].

Tabla I. Indicadores sociodemográficos de Andalucía

	Andalucía	España	UE
<i>Población</i>			
Tamaño	7.606.848	42.717.064	378.988.100
Densidad	87 h / Km ²	84 h / Km ²	120 h / Km ²
<i>Economía</i>			
Ingresos por habitante*	68,4	90,2	100
Tasa de desempleo	19,6	11,4	11,8
Población agraria**			

* En % de la media de la UE

** En % de la población activa

Valoración que compartían la mayoría de los profesionales del sector que, tanto directamente en distintos movimientos reivindicativos en los hospitales, como a través de su Asociación mayoritaria, defendían sistemas comunitarios de atención. En ambos casos los argumentos utilizados en contra del sistema tradicional [15,22] unían consideraciones técnicas, basadas en la atención comunitaria (con el Reino Unido e Italia, como referencias más importantes), y planteamientos sociopolíticos, basados en reivindicaciones democráticas y de derechos civiles.

En consecuencia, en 1984 el Parlamento regional aprueba una ley por la que se constituye un organismo específico (Instituto Andaluz de Salud Mental), de carácter transitorio¹ y encargado de iniciar el proceso de reforma, integrándola en un proceso global de transformación sanitaria. En concreto, paralelamente a la modificación del sistema sanitario público (creación de un Servicio Andaluz de Salud, potenciación de la Atención primaria y nueva estructuración territorial), se fijaron 4 grandes líneas estratégicas de actuación [16]:

1. El desarrollo de una nueva red de servicios de salud mental, basados en principios comunitarios, integrados en el sistema sanitario general, con un nuevo modelo organizativo y funcional, a la vez que con nuevos servicios, mejor dotados y con una distribución territorial más equitativa.

2. El cierre de los hospitales psiquiátricos, con una política de desinstitucionalización y reubicación alternativa de los residentes de larga estancia y la reutilización del espacio para otros fines.

3. Una nueva política intersectorial, coordinando las actuaciones sanitarias, básicamente con las dependientes de Servicios Sociales, Empleo y Justicia.

4. Y un proceso de reciclaje y formación continuada de los profesionales provenientes del antiguo sistema, enlazándolos con nuevas líneas de formación a largo plazo para los nuevos.

Con el fin de facilitar una visión de conjunto del proceso, merece la pena describir brevemente los principales resultados obtenidos en cada una de dichas líneas de actuación.

Desinstitucionalización y cierre de los hospitales psiquiátricos

La opción de cerrar los hospitales se basó en consideraciones tanto teóricas, apoyadas en referencias internacionales, como prácticas, considerando la situación concreta de Andalucía [15, 16, 22, 26]

Así, se tuvo en cuenta, por una parte la abundante crítica internacional a dichas instituciones como estructuras inadecuadas, injustas y generadoras de cronicidad institucional, incluyendo la negativa valoración de su papel de refuerzo del estigma y la discriminación hacia los enfermos mentales y hacia el propio sistema de atención psiquiátrica. Críticas que se complementaban con las posibilidades reales de construir sistemas de atención alternativos, de carácter socio-sanitario, que se desprendían también de la información existente sobre diversas experiencias internacionales.

Y, por otra, se consideró la oportunidad que brindaba la situación española para un proceso de esas características [12], al unirse la crítica social de carácter democrático y la visión de la mayoría de los profesionales, ambas básicamente de acuerdo sobre la necesidad de cambiar un sistema incompatible con una sociedad democrática y moderna, como la que se estaba construyendo en el país. Pero además, esa tarea se veía facilitada por el limitado número, tanto de instituciones como de residentes, bastante inferiores ambos a las tasas comunes a otros países europeos. En conjunto el planteamiento general podía resumirse así: si había que invertir dinero, mejor hacerlo para construir un nuevo sistema que para reformar unas instituciones de negativos efectos y más que dudosa utilidad.

Se elaboraron así planes de desinstitucionalización para todos y cada uno de los 8 hospitales, que se ajustaron básicamente a los siguientes pasos [16,26]:

¹ De hecho desapareció en 1990 para integrarse en el Servicio Andaluz de Salud, una vez conseguida la unificación de recursos de Salud Mental.

1. La diferenciación de Unidades de Corta y Larga Estancia (con un criterio de 6 meses), cerrándose progresivamente las primeras a medida que se abrían Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales
2. Entre los residentes de larga estancia (cuyo resumen puede verse en la Tabla II), los grupos mayores corresponden a [15]: personas con Deficiencia Intelectual (30% del total de residentes), personas con más de 60 años (otro 30 %) y personas con menos de 60 años y otro tipo de patología (mayoritariamente Esquizofrenia). Clasificación relacionada con los programas de atención habitual en Servicios Sociales, en los que había programas para personas mayores y personas con deficiencia intelectual, incluyendo atención residencial no sanitaria en pequeñas instituciones.

las altas), alguna estructura residencial para personas con deficiencia intelectual (16 %), o alguna estructura residencial específica para personas con trastorno mental severo (22 %), estructuras creadas en el transcurso del proceso, ya que hasta entonces no existían en Andalucía [26].

Actividades que, desarrolladas de modo individualizado en cada una de las instituciones, permitieron el cierre definitivo de los 8 hospitales psiquiátricos públicos a lo largo de 17 años. Las Tablas II y III resumen algunos de los datos más significativos de la situación inicial y de los resultados globales del proceso, incluyendo también los datos de mortalidad, relacionables con la edad relativamente elevada de la población (con una edad media al inicio de 54 años) y el considerable porcentaje de población con patología orgánica asociada.

Tabla II. Características de los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía ,

Número	8
Tamaño medio	365
Rango	135-780
<i>Residentes en Unidades de corta estancia</i>	
Número	315
Principales grupos diagnósticos:	
Esquizofrenia y similares	42 %
Trastornos afectivos	16 %
<i>Residentes en Unidades de larga estancia</i>	
Número	2.672
Principales grupos diagnósticos	
Esquizofrenia y similares	47 %
Retraso mental	29 %
Estancia media	13 años
Edad media	54 años
Residentes mayores de 65 años	30 %
Situación clínica:	
Activa	23 %
Residual	59 %
Asintomática	17 %
Patología somática:	
Moderada o Grave	29 %

Tabla III. Evolución de la población de larga estancia en hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía. 1985 -2001.

<i>Residentes enero 1985</i>	2672
<i>Ingresos 1985-2001</i>	315
<i>Fallecimientos</i>	803
<i>Altas totales</i>	1729
Domicilio propio o familiar	
	7,2 %
Residencias de tercera edad	
	34,8 %
Residencias para discapacitados psíquicos	
	16,0 %
Unidades de Servicios Sociales (antiguos Hospitales)	
	9,8 %
Alojamientos específicos	
	22,2 %
Hospitales Psiquiátricos privados	
	0,5 %
Hospital psiquiátrico penitenciario	
	0,4 %
Sin domicilio	
	0,7 %
Otros	
	3,6 %
Desconocido	
	4,5 %

3. Y el establecimiento de programas de rehabilitación, orientados a la reubicación de los residentes fuera del hospital, incluyendo según los casos, tal y como muestra la Tabla III, el domicilio familiar (7 % de las altas), una Residencia de personas mayores (35 % de

Como resultado de todo ello ya no hay hospitales psiquiátricos en la red pública de servicios de salud mental de Andalucía, persistiendo 3 instituciones privadas (850 camas) y un hospital psiquiátrico penitenciario (145 camas), dependiente de la Administración Estatal de Justicia. Los cuatro tienen además cobertura nacional, con un porcentaje importante de residentes de fuera de

Andalucía, y no sólo no han experimentado ningún crecimiento en estos años, sino que han ido evolucionando progresivamente hacia una mayor convergencia con el nuevo sistema.

Una nueva red de servicios sanitarios y sociales

El proceso de desinstitucionalización corrió paralelo al diseño e implantación de una nueva de red de servicios, que tiene un doble componente en función de su dependencia administrativa: una red sanitaria y otra de apoyo social

En lo que respecta a los servicios sanitarios el paso fundamental consistió en unificar los recursos dependientes de diversas redes administrativas en una única, integrándola en el Servicio Andaluz de Salud y organizándola de acuerdo a un nuevo modelo funcional, que considera dos niveles (con una dotación de recursos que se resume en el Tabla IV):

El de la atención primaria de salud, nivel no especializado para el que se enfatiza el papel de primer contacto con las personas con cualquier tipo de problema de salud mental, así como la responsabilidad última sobre la continuidad de cuidados. Nivel que se organiza territorialmente en Centros de Salud, que cuentan con médicos generalistas, enfermeras comunitarias y trabajadores sociales

El especializado en salud mental, organizado territorialmente en 15 Áreas o Servicios de Salud Mental, orgánicamente dependientes de otros tantos Hospitales Generales, sobre la base de articular el funcionamiento de distintos tipos de dispositivos con equipos multiprofesionales: Equipos Comunitarios de Salud Mental (coordinados con los Centros de Salud), Unidades de Corta Estancia (en Hospitales Generales), Comunidades Terapéuticas, Unidades de Salud Mental Infantil, Hospitales de Día y Unidades de Rehabilitación (Centros de Día).

En lo que respecta a los recursos de apoyo social y aunque luego insistiremos algo más al respecto, su gestión depende de FAISEM, Fundación pública dependiente de los Departamentos Regionales de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Economía, y mantienen una estructura también territorializada (cuyo resumen cuantitativo puede verse en el Tabla IV) incluyendo básicamente [8, 9, 19]:

- Programas residenciales, con alternativas graduadas desde el apoyo domiciliario hasta estructuras específicas con distinta cobertura de personal.
- Programas ocupacionales, con talleres de distinto formato y contenido.
- Programas de apoyo al empleo con Servicios de Orientación, cursos de formación profesio-

Tabla IV. Nuevos servicios de salud mental (sistema sanitario) . Andalucía, 2003.

Dispositivos	Nº	Nº de camas	Actividad (2002)
<i>Equipos comunitarios de Salud Mental</i>	71		162.540 P. A. 653.262 C.
<i>Unidades de Salud Mental de hospitales generales (Corta estancia):</i>	21	535 C. (7,0 / 100.000 h)	10.976 I.
<i>Comunidades terapéuticas (media/larga estancia):</i>	13		
Hospitalización		195 C. (2,6 / 100.000 h)	85 I.
Programas de día			492 P. A.
<i>Hospitales de día</i>	6		967 P. A.
<i>Unidades de rehabilitación</i>	9		1.430 P. A.
<i>Unidades infantiles</i>	13		43.045 C.

C: consultas; I: ingresos; P. A.: personas atendidas.

- nales y empresas sociales.
- Otros programas, como los de apoyo en el uso del tiempo libre (Clubes Sociales), sostenimiento del movimiento asociativo y de instituciones para la tutela jurídica, etc.

Programas que cuentan con personal no sani-

Tabla V. Recursos de apoyo social (FAISEM) en Andalucía, 2003.

Programas y dispositivos	Nº	Plazas	Plazas / 100.000 h.
<i>Programa residencial</i>		1030	13,4
Apoyo domiciliario		131	1,7
Apartamentos	94	348	4,6
Casas Hogar	22	335	4,4
Otros		216	2,7
<i>Programa laboral</i>		2207	29,0
Talleres	94	1647	21,7
Cursos de formación profesional	60	302	4,0
Empresas Sociales:	9		
<i>Trabajadores con Enfermedad Mental</i>			
Empleo estable		174	2,3
Empleo temporal		104	1,4
Servicios de Orientación y Apoyo	8		
<i>Clubes Sociales</i>	26	820	10,8

tario y se coordinan territorialmente con los servicios sanitarios anteriormente referidos a través de distintas estructuras de coordinación, de forma que la indicación de acceso depende siempre de los servicios de salud mental, a la vez que son también dichos servicios los que aseguran la atención sanitaria que en cada caso corresponda.

Otras actuaciones

La nueva estructura de servicios fue desarrollándose progresivamente, articulándose con el proceso de desinstitucionalización anteriormente descrito y con algunas otras medidas entre las que hay que destacar dos.

En primer lugar, otras actividades de carácter

intersectorial, orientadas por un lado a permeabilizar el acceso, de personas con trastorno mental severo, a estructuras y programas de carácter general dependientes de servicios sociales (especialmente personas mayores, personas con deficiencia mental, consumidores de sustancias, etc.), empleo, educación, etc. Y, por otro a coordinar actuaciones con la administración de Justicia, dirigidas a proteger los derechos de las personas con enfermedad mental (autorización de internaciones involuntarias y tutela jurídica de incapaces) así como a atender a las personas con enfermedad mental y conductas delictivas. Aspectos estos últimos que tienen una regulación estatal, en leyes generales (no específicas para personas con enfermedad mental), pero requieren un importante trabajo local para hacerlas operativas, realizándose para ello reuniones periódicas entre Jueces, Fiscales y profesionales de Salud Mental.

Y, en segundo lugar, se adecuaron los procedimientos de formación especializada de psiquiatras, psicólogos y enfermeros para la nueva red (con un nuevo sistema, también estatal, de formación en los servicios sanitarios), a la vez que se articulaban procedimientos de reciclaje profesional y formación continuada del conjunto de los profesionales. Ésta es un área de especial importancia estratégica (de poco sirven los nuevos servicios si no se cambian las concepciones teóricas y los procedimientos de intervención) [6, 27], pero también de especial dificultad para desarrollar desde una estructura administrativa, ya que requiere el protagonismo de los profesionales, siendo un aspecto en el que resta aún mucho por hacer en Andalucía.

En conjunto el nuevo sistema supone un cambio importante en relación con la estructura y organización funcional de los servicios, más acorde con las tendencias internacionales más avanzadas y las recomendaciones de la OMS [20, 31, 36, 38, 39], a la vez que representa un incremento considerable de recursos y posibilidades de intervención. Incremento que, sin embargo, sigue siendo insuficiente si comparamos la situación actual con la de otros países de

nuestro entorno, aunque permite disponer de una nueva estructura, más adecuada también para recibir incrementos futuros de recursos, que vayan poco a poco eliminando las diferencias con dichos países [23].

En lo que respecta a los costos del proceso, es difícil efectuar comparaciones precisas con el anterior debido a la mayor complejidad del nuevo sistema (que incluye servicios específicos y generales de distintos sectores administrativos) y, especialmente, la integración de muchos de los nuevos servicios en estructuras sanitarias o sociales más generales. En cualquier caso ha supuesto, en conjunto y en estos años, un incremento de costos directos ligeramente inferior al crecimiento global del gasto sanitario y social de Andalucía.

Lucha contra el estigma, atención sanitaria y construcción de nuevas alternativas de vida

De todo el proceso y teniendo en cuenta su relación con el estigma y la discriminación, creemos conveniente hacer especial énfasis en algunos aspectos concretos que resumimos a continuación.

a) En primer lugar, el cambio de planteamientos que supone la integración de la atención sanitaria en el Sistema sanitario general, tanto en sus aspectos organizativos y funcionales (dependencia de hospitales generales, conexión con Atención Primaria) como en los estrictamente "físicos" (ubicación de las Unidades de Hospitalización en Hospitales Generales y de muchos de los nuevos dispositivos en Centros de Salud y otras estructuras sanitarias). Aspectos que, además de facilitar la conexión funcional, permiten ir cambiando la percepción de la población sobre las personas con enfermedad mental y los propios servicios de salud mental [20, 22, 24, 31, 38, 39].

Aspectos a los que hay que añadir el énfasis en nuevos modos de trabajo en los que la orientación comunitaria se concreta en procedimientos formales comunes al resto de la atención sanitaria, incluyendo la organización de las intervenciones en programas específicos para distin-

tos problemas de salud mental, que requieren estrategias diferenciadas de atención. En concreto, en Andalucía se trabaja, en el marco del nuevo Plan de Salud (2004-2007), que incluye un capítulo de Salud Mental [4], básicamente sobre dos "Procesos Asistenciales Integrados", uno referido a problemas de ansiedad, depresiones y problemas relacionados, con una estrategia basada en la colaboración entre Atención Primaria y Servicios especializados, y otro dirigido a personas con trastorno mental severo, cuyo abordaje requiere una especial dedicación de la red especializada y otras agencias, en una política claramente intersectorial

b) En segundo lugar, hay que mencionar, en el caso de este último tipo de problemas [33], la necesidad de complementar la atención sanitaria con una compleja red de programas, estructuras e intervenciones de apoyo social [20, 24, 34-36]. Estas son imprescindibles si se quiere hacer realidad el ejercicio del derecho de ciudadanía de las personas afectadas, pero es razonable pensar que contribuyen también a cambiar, en la interacción social cotidiana, la percepción social sobre las características, problemas y necesidades reales de las personas con enfermedad mental. Precisamente, la interrelación de aspectos cognitivos, actitudinales y emocionales del estigma, llevan a pensar que, al igual que sucede con otras actitudes sociales, son los procesos de interacción social más que las campañas informativas las vías más efectivas, a largo plazo, para cambiarlas [5, 14, 18, 32].

Entre ellos, hay dos que juegan un papel crucial. Uno es la disponibilidad de alternativas residenciales [8, 20, 24, 28, 31, 34, 36, 38, 39], integradas en entornos poblacionales normales e incluyendo desde el apoyo en el propio domicilio por parte de los servicios sociales comunitarios, hasta estructuras con distinto nivel de supervisión y apoyo directo (en el caso de Andalucía, básicamente de dos tipos: pequeños apartamentos para 4-5 usuarios, sin presencia permanente de personal, y pequeñas residencias -"Casas-Hogar"-, para 20 usuarios, con cobertura de personal las 24 horas)

Y el otro, que tiene una importancia estratégica tanto en lo personal como en sus repercusiones sociales, es el de la ocupación y el empleo [9, 20, 24, 25, 29, 31, 34, 36, 38, 39]. En Andalucía, con una tasa de desempleo bastante más elevada que la media española y, por supuesto, que la de la Unión Europea, la estrategia adoptada a este respecto se basó en las siguientes actuaciones (algunos datos cuantitativos pueden verse en la Tabla V):

Definir un programa global de integración laboral con distintos niveles y servicios, desde la atención sanitaria con un fuerte componente rehabilitador a la creación de Empresas Sociales e incluyendo actividad ocupacional y formación profesional.

La creación de Equipos de Orientación y Apoyo al Empleo, específicos para personas con trastorno mental severo, pero conectados con los servicios generales para personas desempleadas, que se están desarrollando desde la administración regional de Empleo. Equipos que tienen como función la gestión integrada del conjunto del programa en ámbitos territoriales definidos, sobre la base de programas individualizados y siempre coordinados con los servicios de salud mental.

El desarrollo, ya mencionado, de Empresas Sociales [10, 13, 25, 29, 34], estructuras que, sobre la base de experiencias desarrolladas en otros países europeos (Italia, Alemania, Holanda, etc.), intentan combinar los aspectos positivos del empleo con apoyo (trabajos reales en empresas reales) y del empleo protegido (entornos tolerantes y adaptados a las peculiaridades del colectivo), sin sus inconvenientes (escasa permeabilidad de las empresas "normales", por un lado, y riesgo de institucionalismo en el empleo protegido, por otro). Aunque el número de personas con trastorno mental severo actualmente

empleadas sea aún muy reducido, su existencia pretende también generar cambios progresivos en los distintos agentes implicados: usuarios, familiares, profesionales, empresarios, sindicatos, etc.

c) Y, finalmente, hay que hacer referencia al papel creciente de los movimientos asociativos tanto de familiares como de usuarios, con visiones distintas a veces coincidentes a veces contrapuestas, pero que junto a la de los profesionales, deben articularse en procesos tanto generales (reivindicación, apoyo interpersonal, participación en la planificación y la gestión), como individuales (papel activo y apoyos personales concretos) para que un sistema comunitario pueda funcionar [7, 20, 24, 30, 31, 34, 36, 38, 39].

A este respecto en Andalucía se ha ido construyendo una Federación de Asociaciones de familiares, que ha jugado un importante papel en el impulso al proceso de cambio, defendiendo el modelo comunitario y reivindicando más y mejores recursos. Pero la constitución de una red real de asociaciones de usuarios está aún en sus inicios, contando sólo con cuatro pequeñas organizaciones de ámbito local que tienen todavía dificultades para articularse en el conjunto de la región.

Tampoco hay que olvidar el papel de las asociaciones profesionales, ni el papel contradictorio de los movimientos ciudadanos, defendiendo el desarrollo democrático, en el nivel general, pero funcionando a veces como freno a iniciativas de integración residencial en el local. Hay que señalar a este respecto cómo, en aquellos lugares donde se produjo alguna reacción inicial contraria a la apertura de una estructura residencial, la actitud de los sectores opuestos cambió radicalmente, una vez comprobada en la convivencia cotidiana, la inadecuación de las actitudes negativas relacionadas con el estigma.

Referencias bibliográficas

1. ANGERMAYER MC Y SCHULZE B. Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e Psichiatria Sociales*, 2001, 10 (1): 1-7
2. ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA. Esquizofrenia: abre las puertas.
3. BROCKINGTON I, HALL P, LEVINGS J Y MURPHY C. The community tolerance of the mentally ill.

- British Journal of Psychiatry*, 1993, 162: 93-99.
4. CONSEJERÍA DE SALUD. III Plan Andaluz de Salud. 2003-2008. Sevilla, 2004.
 5. CORRIGAN PW, GREEN A, LUNDIN R, KUBIAK MA Y PENN DL. Familiarity and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2001, 52 (7): 953-958.
 6. CORRIGAN PW Y MCCracken SG. Training teams to deliver better Psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric Services*, 1999, 50 (1): 43-45.
 7. FAKHOURY W Y PRIEBE S. The process of deinstitutionalisation: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 2002, 15: 187-192.
 8. FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL. *Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo*, Nº 1. Sevilla: FAISEM, 2000.
 9. FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL. *Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral. Documentos de Trabajo*, Nº 2. Sevilla: FAISEM, 2000.
 10. GALLIO G. *Nell'Impresa Sociale*. Trieste: Per la salute mentale, 1987.
 11. GOFFMAN E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
 12. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ M. *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría, 1983.
 13. GROVE, B, FREUDENBERG, M et al. *The social firm handbook*. Brighton: Pavilion, 1997.
 14. HOLMES EP, CORRIGAN PW, WILLIAMS P, CANAR J Y KUBIAK MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25 (3): 447-456.
 15. INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. *La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo de 1985*. Sevilla: IASAM, 1987.
 16. INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía*. Sevilla: IASAM, 1988.
 17. INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: Junta de Andalucía (Consejería de Salud y Servicios Sociales), 1988.
 18. JONES M. *Social psychology of prejudice*. New Jersey: Prentice Hall, 2001.
 19. LARA L Y LÓPEZ M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En GARCÍA J, ESPINO, A Y LARA L. *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998: 213-224.
 20. LEFF J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?*. London: Wiley & Sons, 1997.
 21. LINK BG. Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociales*, 2001, 10 (1): 8-11.
 22. LÓPEZ M. Bases de una nueva política en salud mental. En GARCÍA J, ESPINO, A Y LARA L. *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998: 29-40.
 23. LÓPEZ M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. *Hipatia* 2000, 7: 4-8.
 24. LÓPEZ M. Rehabilitación y red asistencial: sistemas de atención a "la cronicidad" en salud mental. En VERDUGO MA, LÓPEZ D, GÓMEZ A Y RODRÍGUEZ M. *Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas*. Salamanca: Amaru, 2002: 75-105.
 25. LÓPEZ M, ÁLVAREZ F Y LAVIANA M. Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, 25 (68): 735-747.
 26. LÓPEZ M, BENÍTEZ F, GARCÍA MJ Y WEISSMAN LC. Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En GARCÍA J, ESPINO, A Y LARA L. *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998: 101-116.
 27. LÓPEZ M, LARA L Y LAVIANA M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental (págs. 269-301). En ESPINO A Y OLABARRÍA B. *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Madrid: AEN, 2003.
 28. LÓPEZ M, LARA L, LAVIANA M, FERNÁNDEZ L, GARCÍA-CUBILLANA P Y LÓPEZ A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión de la información disponible y propuestas sobre estructura y funcionamiento. *Archivos de Psiquiatría* 2004 (en prensa).
 29. LÓPEZ M, LAVIANA M, ÁLVAREZ F, GONZÁLEZ S, FERNÁNDEZ M Y VERA MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004, XXIII: 31-65.
 30. MCLEAN AH. From ex-patient alternatives to consumer options: consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement. *International Journal of Health Services*, 2000, 30 (4): 821-847.
 31. OMS. Informe de la Salud mundial 2001. Salud

- mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.
32. PENN DL, GUYNAN K, DAILY T, SPAULDING WD, GARBIN CP Y SULLIVAN M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?. *Schizophrenia Bulletin*, 1994, 20: 567-578.
 33. RUGGERI, M, LEESE, M, THORNICROFT G, BISOFFI K Y TANSELLA M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 149-155.
 34. SARACENO B. *La fine dell'Intrattenimento*. Milano: Etas Libri, 1995.
 35. SARACENO B. Psychosocial Rehabilitation as a Public Health Strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 20 (4): 10-15.
 36. THORNICROFT G Y SZMUKLER G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
 37. TORRES F. La reforma psiquiátrica en Andalucía, España: descripción del proceso de transformación de la atención de base manicomial en comunitaria. En LEVAV I. *Temas de Salud mental en la Comunidad*. Washington DC: OPS, 1992: 329-344.
 38. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *A report of the Surgeon General*. National Institute of Mental Health, 1999.
 39. WHO. *Mental Health Policy and Service Package*. Geneva, 2003.
 40. WAHL OF. Mental Health consumer's experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25 (3): 467-478.
 41. WARNER R. Combating the stigma of schizophrenia. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale*, 2001, 10 (1): 12-17.
 42. WOLFF G, SOUMITRA P, CRAIG T Y LEFF J. Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168: 183-190.