

POBRESA I SALUT MENTAL: MESURES DE MOTIVACIÓ

Llei de la Renda Mínima d'Inserció

Autores: Carme Ardiaca Sentís i Carmen Hidalgo Arjona

PRESENTACIÓ

La Llei de la Renda Mínima d'inserció, està destinada a atendre als ciutadants i ciutadanes amb greus situacions econòmiques i socials. Les prestacions de la RMI es configuren com un conjunt d'instruments encaminats a la inserció social i, sempre que sigui possible, a la inserció laboral, mitjançant unes contraprestacions que les persones beneficiàries es comprometen a dur a terme a canvi de rebre les prestacions econòmiques que estableix la Llei.

La mesura de motivació es una de les actuacions previstes per la Llei per a col·lectius de persones amb greus problemes de desestructuració personal i/o socials, de tal manera que, abans de plantejar-se la inserció social i laboral, puguin adquirir una sèrie d'habilitats essencials per a la vida a la nostra societat. El perfil que atenem des de la nostra entitat, **Associació Els Tres Turons**, correspon a persones que estan afectades d'un trastorn en salut mental malgrat que no sempre en tinguin consciència .

Tot i que es una acció exercida pel Departament de Treball, podem dir que, donat el seu perfil es una actuació a mig camí entre la inserció social i la laboral.

Fem aquesta experiència des de l'any 2000 i en ella han participat un total de 50 persones distribuïdes en 5 programes o cursos de 10 persones cada curs.

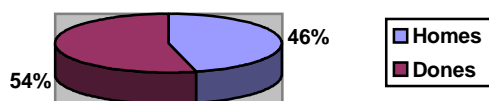
El programa te una durada de 4 mesos i està plantejat com un curs de formació amb dos camps d'intervenció diferenciats: el seguiment i/o acompanyament individual i els mòduls grupals.

Hi ha sis mòduls centrats en l'aprenentatge de nous coneixements i d'habilitats instrumentals i dos espais dedicats a la reflexió i discussió del procés grupal en un mitjà terapèutic i amb una metodologia diferenciada.

MÒDULS GRUPALS: *Autoconeixement, coneixement de l'entorn, informàtica, món laboral, tècniques de relaxació, reforç cognitiu . Habilitats socials i artèrapia com a espais més centrats en l'anàlisi de la dinàmica grupal a nivell emocional i relacional .*

PERFIL PSICOSOCIAL DELS PARTICIPANTS

SEXE

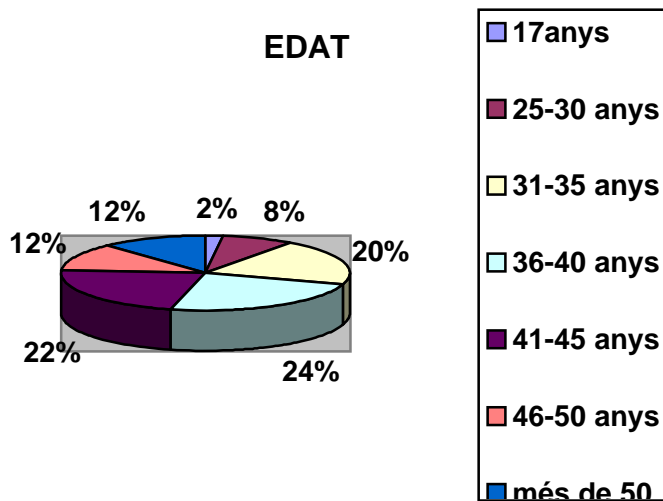


SEXE:

Homes: 23

Dones: 27

EDAT

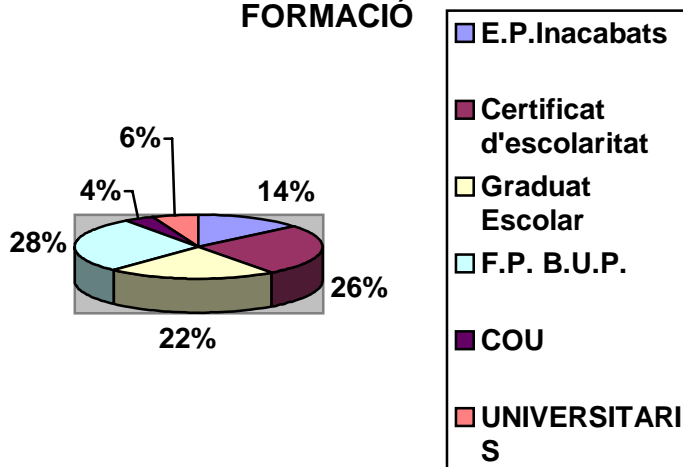


EDAT

| | |
|----------------|-----------|
| 17 ANYS | 1 Persona |
| 25-30 ANYS | 4 |
| 31-35 ANYS | 10 |
| 36-40 ANYS | 12 |
| 41-45 ANYS | 11 |
| 46-50 ANYS | 6 |
| MES DE 50 ANYS | 6 |

La franja majoritària d'edat és la que va de 35 a 50 anys (58%).

FORMACIÓ

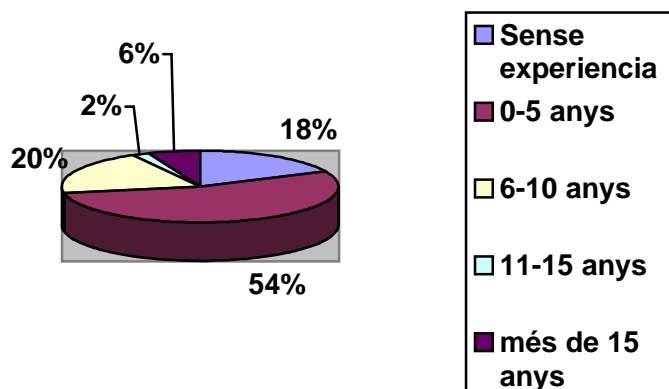


FORMACIÓ REGLADA

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Estudis primaris inacabats: | 7 persones (14%) |
| Certificat d'escolaritat: | 13 |
| Graduat Escolar: | 11 |
| FP BUP: | 14 |
| COU: | 2 |
| Estudis Universitaris: | 3 |

Majoritàriament tenen certificat escolar i graduat escolar. Hi ha un 14 % de persones amb estudis primaris inacabats.

EXPERIÈNCIA LABORAL



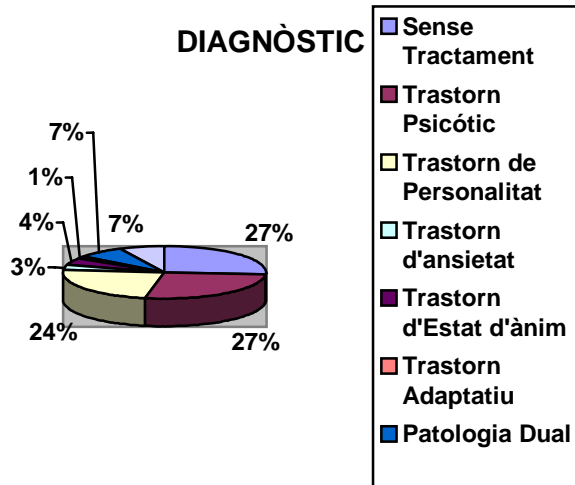
EXPERIÈNCIA LABORAL

(Només s'han comptabilitzat les feines amb contracte)

| | |
|--------------------|------------|
| Sense Experiència: | 9 persones |
| De 0-5 ANYS | 27 (54%) |
| De 6-10 ANYS | 10 |
| De 11-15 ANYS | 1 |
| Més de 15 ANYS | 3 |

La franja majoritària (54%) és de 0 a 5 anys.

DIAGNÒSTIC



DIAGNÒSTIC EN SALUT MENTAL

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Sense tractament | 18 persones (36%) |
| Trastorn psicòtic | 18 |
| Trastorn de personalitat | 16 |
| Trastorn d'ansietat | 2 |
| Trast.de l'estat d'ànim | 3 |
| Trastorn adaptatiu | 1 |
| Patologia dual | 5 |
| Problemes biogràfics | 5 |

A destacar que majoritàriament es dona trastorn psicòtic i trastorn de la personalitat (68%) .
Hi ha un 36% de participants sense tractament psiquiàtric.

ALTRES CARACTERÍSTIQUES DEL PERFIL PSICOSOCIAL:

Com es pot observar la població diana es força heterogènia , tot i així hem volgut destacar altres aspectes que apareixen sovint en els nostres participants.

- Escàs o nul recolzament familiar i social. Restricció en la quantitat i qualitat dels intercanvis socials.
- Pèrdua de capacitats instrumentals i habilitats socials deficitàries.
- Dificultats cognitives en els processos de percepció, atenció, simbolització, etc.
- Desvinculació dels serveis i dels recursos culturals, laborals i comunitaris.
- Experiència en feines de poca qualificació i llargs períodes d'inactivitat.
- Amb patologies associades com: malalties infeccioses, trastorn del son, problemes oftalmològics, odontològics, etc.
- Dificultats per autoorganitzar-se: planificar el control del temps, dels diners, tenir cura dels fills, organització de la casa.

ALGUNES REFLEXIONS SOBRE L'EXPERIÈNCIA

La situació de patiment d'un trastorn mental i la situació de pobresa o incapacitat socioeconòmica, configuren un cercle que interactua negativament, col·locant als individus amb menys recursos econòmics en una major vulnerabilitat psicològica, degut a una repetida exposició a situacions estressants (entren en una espiral de deutes, denúncies i conflictes interpersonals continuats), i a les persones amb problemes de salut mental amb una tendència a caure en la pobresa i en la inestabilitat socioprofessional (perden les feines i abandonen els itineraris formatius). Les persones que atensem des del curs de Motivació pateixen aquesta doble afectació (baixa salut mental i baix nivell socioeconòmic), la qual cosa dificulta especialment el poder sortir-se'n d'aquesta doble problemàtica.

La situació d'exclusió social que hem observat en els nostres usuaris, contempla mancances en totes les àrees de la persona com la salut, habitatge, educació, treball, cura dels fills, accés a béns culturals, informació, etc. Algunes d'aquestes mancances són difícils d'abordar (com l'habitatge) i suggereixen la necessitat de plataformes d'intervenció més àmplies i coordinades. La preocupació per la subsistència frustra els seus projectes de futur i els col·loca en una situació d'indefensió i de desesperança.

Socialment recau sobre ells una imatge sinistra i de desconfiança, que els hi genera sentiments de culpabilització i d'incapacitació. A l'estigma de la malaltia mental s'afegeix l'estigma de l'aturat i el de rendista, pobre, i paràsit de la societat. Aquests sentiments d'inadequació generen tristesa, ràbia, autoagressivitat, negació i/o d'atribució a l'exterior de la causa de tots els seus problemes.

La imatge que arriba de l'exterior configura en gran mesura la imatge que una persona construeix de si mateix, per això la nostra intervenció està principalment adreçada a restaurar aquest autoconcepte tant minvat, millorar la situació psicoafectiva i poder recuperar una part del control de la pròpia vida. Una experiència de grup positiu pot tenir un efecte beneficiós per a la persona que pateix una gran soledat i que habitualment fracassa en les relacions interpersonals del seu entorn laboral, social i familiar. Quan els usuaris parlen a les entrevistes de les seves famílies d'origen, sovint apareix una relació malaltissa i conflictiva des de la infància que acaba provocant la ruptura o el distanciament. En molts casos, aquestes situacions no resoltes, tornen a repetir-se en les noves famílies que creen i els seus fills expressen de nou un malestar en forma d'inadaptació a l'escola o problemes amb les drogues, etc. Un entorn familiar malalt, que no pot tenir una funció moduladora d'ansietats ni de suport emocional, es una de les situacions que afecta de manera més important en la desestructuració personal i social d'aquestes persones. Les teories de Freud, com "la del complex d'Edip" ens mostren la importància del grup familiar en el desenvolupament humà. Els treballs de Melanie Klein i les seves hipòtesis sobre les primeres relacions objectals i els mecanismes de defensa primitius ens expliquen com els primers contactes amb la mare i amb les persones del seu entorn són molt importants en el desenvolupament de la persona. Les ansietats que apareixen en la relació amb els primers objectes, són reactivades després en situacions d'adult. La realitat, però es sempre per a Klein un interjoc entre aspectes interns i externs que actuen simultàniament en el psiquisme i que determinen el seu estat mental. Sempre hi ha un grau d'elecció possible i una responsabilitat individual en la construcció de la pròpia realitat. La influència del medi extern ha estat també molt estudiada per diferents autors com Lacan amb el paper de "l'altre i de l'Altre", per Winnicott amb la noció de holding o sostén i per Bion amb la importància que dona a la funció contenedor de la mare per a permetre modular les ansietats.

La nostra pràctica està recolzada en la funció reparadora i de contenció que pot tenir una experiència grupal. El reconeixement del grup i el fet de ser escoltats pels professionals pot oferir una dimensió diferent a sí mateix, *permet adonar-se que no es l'únic que pateix dificultats, permet l'alleujament emocional d'expressar sentiments i experiències íntimes, dóna sentit a treballar amb altres amb un objectiu comú, el recolzament mutu, la comprensió de la pròpia conducta i la dels altres (Sadock i Kaplan, 1996)*. Un grup que li doni sentit de pertinença, que li permeti expressar desitjos i sentiments i que a la vegada li retorni un feedback sobre la seva conducta. Que li permeti comprendre a partir d'una experiència vivencial, que allò que li passa fora del grup te a veure amb coses que ell provoca també a dins del grup. És important trencar amb un posicionament passiu, victimista i instal·lat en la queixa i el ressentiment i afavorir una postura més activa i amb responsabilitats sobre la seva pròpia situació.

Per aconseguir aquests objectius cal afavorir una bona cohesió grupal . Per això, la composició dels grups és un element determinant en els resultats. Malauradament, i per diversos motius, no sempre hem pogut aplicar de forma exigent els nostres criteris d'inclusió.

Els aspectes que han influït més negativament al procés grupal han estat:

- Greus dèficits perceptius i cognitius que impedeixen un mínim de comprensió.
- Un nombre elevat, d'entre dues-tres persones per grup, amb diagnòstic de trastorn de la personalitat .
- Fortes resistències per iniciar l'acció i per rebre ajuda externa.
- Nivell de formació molt desigual.

La nostra experiència ens ha demostrat que la dinàmica grupal millora quan s'inclou un major nombre d'usuaris que no presenten una afectació molt incapacitant, ja que evita que la part més malalta envaeixi el treball grupal. Una de les grans virtuts que poden tenir els nostres cursos és fer conèixer persones en un **estat d'exclusió diferent**. La inclusió de persones que no presentaven greus dificultats en salut mental, sinó mes aviat un estat de malestar psicològic associat a la seva situació d'exclusió, ha afavorit un clima més positiu i acollidor. Aquells grups en els que ha predominat un funcionament més normalitzat, han tingut un efecte més estimulant i rehabilitador.

Volem aquí destacar un factor important que ha condicionat en gran mesura la nostra tasca. Les persones que participen en els nostres cursos han de signar un conveni d'Inserció en el que es comprometen a participar en les activitats que els hi siguin proposades. L'incompliment de les mesures adoptades per la Comissió Interdepartamental i per la seva referent de Serveis Socials, pot comprendre la suspensió de la prestació econòmica que reben.

La obligatorietat en la participació dels nostres cursos de motivació, ens planteja un conjunt de problemes derivats bàsicament del caràcter de la demanda, donat que aquesta **no parteix dels usuaris** sinó que es fruit d'un compromís previ i condicionat a percebre la prestació. Això genera en alguns casos resistències i crítiques davant la pressió que els hi pot suposar l'abandó d'activitats d'economia submergida. La contraprestació també col·loca als professionals en una doble funció difícilment conciliable: **la terapèutica i la controladora**. La funció terapèutica falla per la no voluntarietat de la persona i pels condicionants que pot tenir l'ús de la informació que dóna la funció controladora. Ens correspon tenir informats als referents de serveis socials tan pel que fa a l'acceptació de la mesura, com al compliment durant el curs, aspectes que poden incidir en la percepció de la prestació, contaminen la relació i **agreugen els problemes ètics de la confidencialitat**.

Aquesta problemàtica té diferents interpretacions per part dels propis treballadors de Serveis Socials. Hi ha criteris molt desiguals: des de concepcions culpabilitzadores i amb fortes exigències per a l'usuari, fins a intervencions molt poc directives. Des de posicions en el que el subjecte s'implica en el procés fins a les que és un subjecte passiu en un procés, d'ensinistrament. Des dels que fan una lectura taxativa de la Llei i no permeten compensar la paga amb feines complementàries, fins a lectures més permissives.

Pensem que cal un debat social i polític en profunditat i amb continuïtat.

Els objectius generals de la mesura

Els objectius i els criteris d'avaluació d'aquests programes han de contemplar la millora en la qualitat de vida globalment, incidint sobre aspectes com la salut física, estat psicològic, grau d'independència, relacions socials, etc.. El concepte de qualitat de vida inclou una dimensió subjectiva de la persona relacionada amb les expectatives, creences, metes i percepcions del seu estat. L'itinerari personalitzat d'inserció ha de contemplar una flexibilització de les fites i del ritme de treball en funció de la situació i evolució de cada persona i per tant no es poden pensar itineraris uniformes i de direcció única .

S'han complert els objectius ?

A partir de les nostres apreciacions, de les valoracions dels participants i de la valoració dels seus referents de Serveis Socials, creiem que els cursos de motivació incideixen en els següents aspectes:

- Millores psicosocials (iniciar un tractament o reemprendre'l, continuar-lo, tenir cura de l'alimentació, la pròpia imatge, hàbits d'higiene i salut, medicació....) .
- Millora en la socialització (relacions familiars i socials).
- Augment del nivell d'autoestima, millora de l'autoconcepte.
- Millora del autoconeixement i de la consciència de realitat.
- Millora en l'orientació cap a recursos d'integració social i laboral de la comunitat.

Aspectes que considerem de gran valor en la lluita contra l'exclusió social i en la prevenció de situacions d'alt risc. Beneficis que repercuteixen sobre la salut de les seves famílies i de la comunitat. Les dades sobre la projecció de sortida un cop acabat el curs de Motivació han estat:

ANÀLISI DE LA PROJECCIÓ DE SORTIDA

(Dades provisionals en el moment de finalitzar la mesura)

Total de persones: 50

1) Continuen itinerari Total: 29 persones (58%)

- Formació Ocupacional ordinària: 11 persones
- Formació Ocupacional protegida : 3 persones
- Centre de Dia: 2 persones
- Troben feina: 2 persones
- Recerca de feina : 1 persona
- Renda Activa : 1 persona
- Servei Prelaboral : 1 persona
- Repeteixen Motivació : 6 persones

2) No continuen itinerari. Necessiten un període més ampli de rehabilitació i el seu perfil no s'adapta a cap recurs existent: 17 persones (34%)

- D'aquest total, 10 persones (20%) necessiten recuperar hàbits i competències sociolaborals abans d'una integració laboral. Les principals característiques d'aquests usuaris són : l'edat >50 anys, escassos recursos personals i formatius. Alguns pateixen trastorns greus de personalitat.

- Les 7 persones restants (14%) no poden continuar itineraris per la seva situació clínica desfavorable. La compensació clínica prèvia es fa imprescindible per a poder pensar en continuar qualsevol itinerari.

3) Passen a cobrar una pensió no contributiva : 4 persones (8%).

Per algunes persones amb problemes de salut mental i d'exclusió social , passar a cobrar una pensió no contributiva, pot tenir efectes contraproductius. Suposa a la pràctica perdre una atenció continuada, ajuts , consells i la imposició de límits necessaris. En canvi per altres persones amb més recursos personals, el no estar obligats a cap contraprestació, pot permetre una millora del seu nivell adquisitiu mitjançant feines d' economia submergida i representar per tant, una resposta adaptada .

Caldria fer un seguiment acurat dels casos al llarg del temps per poder fer una valoració més completa de la incidència d'aquests cursos .

Malgrat això, creiem que les dificultats en salut mental que hem detectat en els nostres usuaris són tant greus i invalidants que requereixen una intervenció terapèutica molt àmplia i continuada. La rehabilitació en salut mental hauria de considerar-se un procés amb una evolució no lineal en el que es poden donar progressions i regressions. Aquests processos impliquen poder disposar de programes estables, amb un treball intens i sostingut amb els usuaris.

La durada de l'acció és de 4 mesos, període breu, que si bé permet millorar la disposició de la persona i en alguns casos incrementa la seva autonomia, hauria d'estar articulada amb mesures posteriors especialitzades en salut mental perquè continuïn el procés de rehabilitació aquelles persones que presentin majors dificultats (perfil 2) i que ara per ara no s'adaptin a cap recurs existent. Si aquest procés s'interrompeix perd cert sentit " la motivació "i pot tenir fins i tot, efectes iatrogènics .

" Motivar per a tornar a quedar inactiu pot provocar més consciència d'inadaptació".

Respecte a la finalitat d'integració laboral per aquest col·lectiu podem dir que les possibilitats i oportunitats són molt escasses . A més a més la incompatibilitat entre prestació i treball provoca un efecte desincentivador de la recerca de feina. Les oportunitats laborals a les que poden optar els hi suposa la pèrdua de la prestació i en general, no els hi compensa gaire econòmicament ni personalment. Acostuma a tractar-se de feines monòtones, poc agradables i amb una baixa remuneració. Els Centres Especials de Treball, tampoc semblen una alternativa atractiva, degut als baixos salaris.

La llei penalitza poder complementar la prestació amb feines de poques hores. Si no fos així, aquesta podria ser una situació especialment adequada per aquest col·lectiu i una alternativa d'integració laboral.

Tot i saber que després d'un treball temporal es pot tornar a demanar la RMI, hi ha por a quedar-se durant un temps sense cobertura econòmica. Aquesta incertesa també es converteix en un fre a l'hora de la recerca de feina.

Per tant, sembla evident que la solució quant a la integració laboral és complexa i està condicionada per molts elements. La finalitat principal dels nostres cursos és afavorir la millora psicossocial, però també facilitar més oportunitats d'integració laboral per aquelles persones amb més possibilitats. Si no es així, perd sentit la motivació per a la integració laboral. Motivar per a una feina inexistent?, per a una feina amb condicions inacceptables? Per un mercat de treball tant competitiu que no permetrà l'accés?.

La manca de feina no només és un problema individual sinó també un problema d'estructura social i legislativa. L'abordatge professional que posa l'accent en les dificultats individuals, exculpa encara que sigui per simple omisió, la responsabilitat social. El fracàs no es pot atribuir només a la responsabilitat individual. Hi ha aspectes derivats de la pròpia malaltia que interfereixen el procés d'inserció, però hi ha també un context laboral molt competitiu, precari i desprotegit que exerceix una forta pressió sobre els més febles. L'economia de mercat porta associada una progressiva exclusió d'aquelles persones que pateixen una major vulnerabilitat, per tant, cal equilibrar els desajusts que provoca. Això fa necessària una **clara voluntat política per imaginar i incrementar la inversió en projectes d'integració laboral** per a les persones amb problemes de salut mental i a la vegada, fer complir les lleis que ja estan en vigor. Cal potenciar aquelles iniciatives creatives que combinen la lògica empresarial amb metodologies que fan possible la inclusió dels exclosos socials . Iniciatives com les Empreses d'Inserció i debats que reivindiquin una resposta des de les instàncies públiques com les clàusules socials en els concursos per a l'adjudicació d'obres o serveis per part de l'Administració .

Per fer possible una veritable inclusió, cal canviar les regles del joc; No es tracta que els febles s'adaptin al joc dels forts. Això és una partida amb trampa on les cartes estan marcades.

Referències bibliogràfiques

- Francisco Rodríguez Pulido, J.L. Vázquez Barquero, Manuel Desviat Muñoz.(1997). *Psiquiatria Social y Comunitaria*. ICEPSS Editores Canarias.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Treball (1996). *Jornades d'Avaluació en els Itineraris d'Inserció al PIRMI*. Biblioteca de Catalunya.
- M.Klein, *Algunas conclusiones teóricas acerca de la vida emocional del lactante*. Desarrollos del Psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós