

# **¿Qué podría suponer una Renta básica para las personas con enfermedad mental?**

**Sergi Raventós Panyella**  
**sergiraventos@telefonica.net**

## **Agradecimientos**

Agradecer en primer lugar la oportunidad que tendré en este simposio para poder hablar de uno de los grupos más vulnerables y excluidos que existen en nuestra sociedad y a aquellas personas que me han hecho algunas aportaciones muy estimables<sup>1</sup>.

## **Presentación**

En esta comunicación desearía mostrar el interés que puede tener una renta básica para la rehabilitación e inserción sociolaboral de una parte de la población que son las personas con enfermedades mentales. En concreto las que padecen un trastorno mental severo (TMS) que son aquellas que sufren trastornos psiquiátricos graves: esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc. que conllevan un grado de deterioro en aspectos básicos y fundamentales para su desarrollo personal, social y laboral (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.) mantenido en el tiempo.<sup>2</sup>. Deseo centrarme en este grupo, vulnerable donde los haya, pues no pueden en muchos casos defenderse por sí mismos

En primer lugar expondré algunas de las dificultades y problemas que padece este colectivo para poder acceder a un puesto de trabajo hoy en día y poderlo mantener.

En segundo lugar intentaré mostrar como el trabajo (en su sentido amplio) puede llegar a ser un buen factor para la rehabilitación de estas personas siempre que reúna unas condiciones.

---

<sup>1</sup> Sobretodo a Judit Bellvehí, Sandra Martin, Enric Massana, Dolors Fernandez, Daniel Raventós y Anna Tomàs.

<sup>2</sup> Según la Organización mundial de la salud (OMS) afecta, sin tener en cuenta condicionamientos geoeconómicos ni socioculturales al 1 por 100 de la población mundial. Según esta estimación, en el Reino de España serían unas 400.000 personas.

Para finalizar trataré de mostrar que una renta básica compatible con otras fuentes de ingresos sería una buena manera de poder superar algunos de los problemas con los que se encuentra este colectivo.

### **Enfermedad mental e inserción laboral**

El desempleo y la exclusión del mundo laboral son unas de las grandes constantes que suelen padecer gran parte de las personas con TMS, afectando tanto a personas que han estado desinstitucionalizadas después de largos períodos de tiempo como aquellas que no lo han estado. A pocas personas cuando salen de un hospital psiquiátrico les está esperando un empleo. De la misma manera se puede decir que las personas con un TMS que viven en comunidad están la mayoría desempleadas. Las cifras de desempleo en este colectivo son especialmente elevadas. Según estudios realizados en EEUU la tasa de desempleo entre la población psiquiátrica crónica alcanza cotas en torno al 70%. De entre los pacientes desinstitucionalizados sólo entre un 20 y un 30% trabajan en el año siguiente al de la salida del hospital<sup>3</sup>. Siguiendo en EEUU, entre 5-6 millones de trabajadores de edades comprendidas de los 16 a los 54 años pierden, no buscan, o no pueden encontrar empleo como consecuencia de la enfermedad mental<sup>4</sup>. En Gran Bretaña, una encuesta realizada en 1995 reveló que la mitad de las personas con psicosis fueron clasificadas como permanentemente imposibilitadas de trabajar<sup>5</sup>.

En esta situación de exclusión del mercado laboral influyen muchos factores que agruparé en tres<sup>6</sup>:

- Los derivados de la misma enfermedad.
- Los derivados del prejuicio social.
- Los derivados de la situación del mercado de trabajo.

Sobre los derivados de la misma enfermedad y como consecuencia del trastorno mental y de su evolución o asociados al mismo, las personas que sufren estos

---

<sup>3</sup> Anthony, W.A.; Cohen, M.R., y Cohen, B.F. (1984): “*Psychiatric rehabilitation*”, en J.A. Talbott (ed.), *The Chronic mental patient. Five years later*, 137-157, Orlando: Grune&Stratton, Inc.

<sup>4</sup> Marcotte DE, Wilcox-Gok V (2001). *Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States*. Social Science&Medicine

<sup>5</sup> Patel A. Knapp M (1997). *The cost of mental health*: Report to the health education authority. Working paper, Centre for Economics of Mental Health, Institute of Psychiatry. London

<sup>6</sup> Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V. Colis, J., González, J. Y Orviz, S. (1997). *Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos*. En A. Rodríguez (coord.) *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos mentales crónicos*. (pp. 329-362). Madrid: Pirámide.

trastornos tienen unos déficits que disminuyen las posibilidades de encontrar un empleo. Algunos de ellos serian:

- *déficits cognitivos y conductuales*: ya sea como consecuencia del trastorno y/o de los efectos negativos de largos períodos de hospitalización.
- *Escasa formación académica y profesional*: en muchos casos al desencadenarse la enfermedad en los procesos en los que se están formando y preparando profesionalmente.
- *Ausencia de experiencia laboral previa*: ya sea por miedo, falta de habilidades, desconocimiento del mundo laboral, etc.
- *Experiencias previas frustrantes*: algunas experiencias laborales frustrantes pueden ser motivo de desconfianza de futuros trabajos.
- *Déficits de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral*: problemas para levantarse temprano (medicaciones fuertes que provocan trastornos del sueño) , dificultades de trabajar en equipo, de relacionarse, etc.
- *Entorno familiar*: la familia puede ser un gran apoyo para la rehabilitación laboral pero en algunos casos puede ser un obstáculo por ser un factor de sobreprotección y/o estresante.
- *Desconocimiento del mundo laboral*: en muchas ocasiones no disponen de información ni de las características del mercado de trabajo.

Por lo que hace referencia al segundo factor al que aludíamos mas arriba, el *prejuicio social del enfermo mental*, no hace mucha falta extenderse en lo incrustado que está el estigma y la representación social negativa que ha acompañado a lo largo de la historia a este enfermo. Desde la antigüedad hasta la actualidad tenemos muchas muestras del trato brutal que se ha llegado a tener respecto al enfermo mental. Pondré algunos ejemplos para ilustrarlo: El tema de la locura y la cirugía es bastante recurrente en la historia. El cuadro *La piedra de la locura* que se expone en el Museo del Prado en Madrid nos ilustra acerca de la posibilidad de que la locura, las conductas extravagantes y no adaptadas a la exigencia y corte social de la época puedan ser intervenidas quirúrgicamente y curadas tras extraer del cerebro “la piedra de la locura”.

Otro caso demencial es el del doctor Monitz, premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1949. Después de investigaciones con chimpancés en el verano de 1935, Jacobsen y Fulton comunicaron en un congreso internacional que tras la destrucción bilateral de la parte anterior del cerebro de Becky, una chimpancé, ésta no volvió a tener conductas agresivas, de forma que el animal nunca volvió a tener ninguna reacción emocional o agresiva ante una equivocación o error, se sentaba tranquilamente y esperaba la siguiente prueba. El doctor Monitz debió quedar tan impresionado con aquellos resultados que sólo tres meses después junto al doctor Almeida Lima, cirujano, realizó la primera operación de lobotomía en un ser humano. Ello conduciría rápidamente a la progresiva aplicación de este método quirúrgico, radical e irreversible, a miles de pacientes, incluidos niños, en muchos países del mundo<sup>7</sup>. En fin, un premio Nobel del que ha habido que abjurar con el tiempo por aplicar al ser humano un método sin suficiente base científica y experimental.

Un suceso más reciente: Agosto del 2001, 25 personas murieron quemadas en Erwadi, India. Un fuego devastador quemó a los enfermos del asilo. De los 46 personas con Trastornos mentales, 40 estaban encadenadas a sus lechos...Su "tratamiento" consistía en ser apaleadas, azotadas y golpeadas a fin de "ahuyentar al diablo". Durante el día atados a los árboles con sogas gruesas, durante la noche encadenados a sus lechos<sup>8</sup>...

Así pues, la persecución, maltrato y la imagen negativa de problemáticos, incapaces, peligrosos, etc. es común a todos los sectores de la sociedad y, cómo no, a los empresarios, que en el mercado de trabajo siguen ignorando las leyes de contratación de un 2% de disminuidos para plantillas de más de 100 trabajadores. Y de esta ley hace ya más de 20 años. La conocida Ley de Integración del Minusválido o LISMI (1981).

Y respecto al tercero: *los problemas derivados de la situación del mercado laboral*, citaré solo algunos de los más destacados:

- *Crisis económica y transformaciones del mundo laboral*: el paro masivo, el empleo precario, la destrucción de empleo, etc. no favorece

---

<sup>7</sup> Mora, Francisco. *¿Enferman las mariposas del alma? Cerebro, locura y diversidad humana*. Alianza Ensayo. Madrid. 2004

<sup>8</sup> [www.indiatogether.org](http://www.indiatogether.org)

precisamente a este grupo, uno de los últimos eslabones de la cadena de la exclusión social. Hay que recordar que el desempleo es un factor de precipitación de enfermedades mentales, incrementándose el riesgo de ingreso para los trabajadores con períodos de desempleo mayores a 6 meses<sup>9</sup>.

- *Competitividad*: la calificación, las exigencias de muchas demandas de empleo son inalcanzables para la mayoría de estas personas.
- *Incumplimiento del porcentaje para la contratación de disminuidos (2%)*: en el caso que algunas empresas lo cumplan será priorizando a las personas con afectaciones físicas o sensoriales, no a enfermos mentales. En algunos países como Alemania se penaliza este incumplimiento. En el Reino de España en cambio se opta por “medidas alternativas” al cumplimiento del 2%.
- *Incompatibilidad con las pensiones*: la mayoría de prestaciones que recibe este colectivo son Pensiones No Contributivas (unos 290 €!) no compatibles del todo con un contrato de trabajo. Hay que decir no obstante que desde Julio del 2005 se ha hecho un avance, gracias a la presión de diversos agentes sociales y que ha sido llevada al parlamento español por la coalición política CiU. Ya se puede compatibilizar la PNC con algún ingreso del trabajo, aunque sea parcial.
- *Pocas medidas de apoyo al empleo para este colectivo*. A diferencia de otros colectivos vulnerables los TMS no han tenido tanta promoción.

### **Rehabilitación laboral**

Que el trabajo (ya sea el voluntario, el asalariado o el doméstico) puede cumplir un papel primordial en la plena integración social de estas personas es tal vez sabido<sup>10</sup>. Que la mayor parte de la ciudadanía quiere trabajar remuneradamente por razones que no solo tienen que ver con la renta (aunque sea el incentivo laboral seguramente mas poderoso), sino con el reconocimiento social, la

---

<sup>9</sup> Lajer, M. *Unemployment and hospitalization among bricklayers*. Scand J Soc Med, 1982.

<sup>10</sup> Existen algunos programas subvencionados por el Fondo social europeo que han tenido resultados óptimos en la rehabilitación laboral de TMS como el Programa Horizon. También hay Fundaciones y Asociaciones que llevan a término algunos proyectos solventes de inserción sociolaboral con este colectivo.

autorrealización personal o el sentimiento de ser útiles y de poder desarrollar una tarea también está investigado<sup>11</sup>.

Lo que ya es más desconocido para mucha gente que no conoce este grupo de población es que gracias al desempeño de un trabajo el enfermo mental adquiere el rol de trabajador y no el de enfermo. Por tanto de sujeto pasivo a sujeto activo. Y esto significa que aumenta su autoestima, su dinamismo, su integración, mejora su rehabilitación...El hecho de no hacer alguna actividad productiva, aún cobrando alguna prestación, es contraproducente para estas personas pues contribuye a empeorar su salud y a mantener bajos sus niveles de calidad de vida. Ahora bien, para estas personas trabajar en un contexto como el actual “en el que hay dualidades tan fuertes entre trabajadores/as con contrato de trabajo con garantías: estable, a jornada completa, indefinido, con seguridad social y seguro de desempleo; por el otro, aquellas personas que se mueven en los márgenes de la precariedad, que van de contrato temporal en temporal, de ETT en ETT y que realizan frecuentes entradas y salidas en el mercado laboral,”<sup>12</sup> trabajar en este contexto, digo, supone para el colectivo de TMS llevar las de perder en todos los sentidos y en primer lugar en el de su salud mental.

Como han señalado ya algunos autores, el trabajo asalariado no puede servir de fundamento para la integración social<sup>13</sup>. Crea dualidades y origina en consecuencia fenómenos de exclusión social. Y, ante nuevos fenómenos de exclusión social se hacen necesarias nuevas respuestas.

### **La Renta básica, una garantía de ingresos y seguramente de salud.**

La renta básica (RB) daría respuestas mejores a muchos de los quebraderos de cabeza y exclusiones del mercado de trabajo que actualmente padecen los enfermos mentales y que no las encuentran con las pensiones actuales. Pues aunque estas pensiones llegasen a ser compatibles al 100 por 100 (lo cual sería suponer mucho) con otros ingresos, seguirían siendo estigmatizantes al tener que demostrar un alto grado de discapacidad.

Vamos a enumerar algunas de estas posibles respuestas:

---

<sup>11</sup> J.A.Noguera: *Renda bàsica, mercat de treball i incentius laborals*. Revista del Consel de treball Econòmic i Social de Catalunya, Febrer 2005.

<sup>12</sup> José Luis Rey Pérez: *El derecho al trabajo, ¿forma de exclusión social? Las rentas mínimas de integración y la propuesta del ingreso básico*. [www.redrentabasica.org](http://www.redrentabasica.org)

<sup>13</sup> A.Gorz, *Metamorfosis del trabajo. Búsqueda del sentido. Crítica de la razón económica*. Sistema, Madrid, 1995, pág.97

- 1) Tener garantizada una RB de unos 450 euros mensuales como la que plantean algunos autores<sup>14</sup> y que sea compatible con otras fuentes de ingresos, en un mercado de trabajo en el que se excluye a buena parte de esta población, es seguramente una buena forma de que muchas personas que actualmente cobran alguna pensión (ya sea contributiva o no contributiva) intentasen aproximarse al mercado de trabajo sin tantos miedos, aunque fuese en trabajos de poca calificación.
- 2) Aumentaría probablemente el interés por las ocupaciones a tiempo parcial por parte de este colectivo, pues muchas de estas personas no se ven capaces por su frágil salud mental de poder mantener jornadas de 7 u 8 horas diarias.
- 3) Si la RB fuese universal podrían desaparecer muchas pensiones y prestaciones que van asociadas a unos requisitos estigmatizantes. Sería el caso de tener que obtener un 65% de certificado de disminución para poder optar a la Pensión No Contributiva por disminución. O de tener que demostrar ser pobre de solemnidad para pedir una Renda Mínima de inserción (RMI).
- 4) Para muchas personas sería una forma de abandonar trabajos sumergidos y penosos para complementar su miserable pensión y no perderla.
- 5) Desaparecería la obligación de participar en algunas acciones y programas de “inserción” a pesar de que en muchas ocasiones no tienen ni salud ni fuerzas para mantenerlos. En todo caso lo podrían hacer de forma voluntaria y no condicionada a perder la prestación o pensión. Hay que decir que algunos de estos programas y servicios son muy importantes en su proceso rehabilitador.
- 6) Mejorarían a buen seguro las relaciones de las/los trabajadoras/as de los distintos dispositivos de servicios sociales con los usuarios de estos. Serían estas más orientadas a atajar determinados problemas y no a controlar las prestaciones ya de por sí bajas de esta gente. En definitiva, las relaciones entre profesional-usuario/a serían más de mutua

---

<sup>14</sup> J. Arcarons, À. Boso, J.A. Noguera i D. Raventós: *La renda bàsica de ciutadania. Una proposta viable per Catalunya*, Mediterrània-Fundació Jaume Bofill, Barcelona, 2005

confianza, aspecto básico en cualquier proceso de rehabilitación en salud mental.

- 7) Ordenaría seguramente de forma mas racional los recursos económicos, sociales, laborales, etc. que hay entorno a este grupo de población y que en muchas ocasiones no están suficiente supervisados ni inspeccionados por parte de la Administración pública, produciéndose en ocasiones situaciones de abusos y de explotación.

**Conclusión:**

Para finalizar creo que hay algunas razones para suponer que una RB aumentaría las posibilidades reales de este colectivo para poder optar a un abanico más grande de oportunidades vitales (trabajos parciales, trabajos en entornos protegidos, voluntariado, estudios, reciclaje profesional, cursos de formación, etc.) sin tanta presión ni estigmas para la supervivencia .

Con estas personas, el trabajo tendría que ser visto como acción rehabilitadora y no como medio de subsistencia. Una subsistencia cuyos mínimos actualmente no quedan garantizados con el actual sistema de pensiones no contributivas.

Pero y no menos importante, considero por lo expuesto, que también aumentarían seriamente las perspectivas de mejoría de la salud mental de este colectivo TMS.