

el **apoyo familiar** para  
la **integración laboral**  
de las **personas** con  
**enfermedad mental:**  
una nueva forma de  
**prevención en salud mental**



**UNA GUIA PARA FAMILIARES**



# el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas** con **enfermedad mental**: una nueva forma de **prevención en salud mental**

U N A G U I A P A R A F A M I L I A R E S

Con la colaboración de:

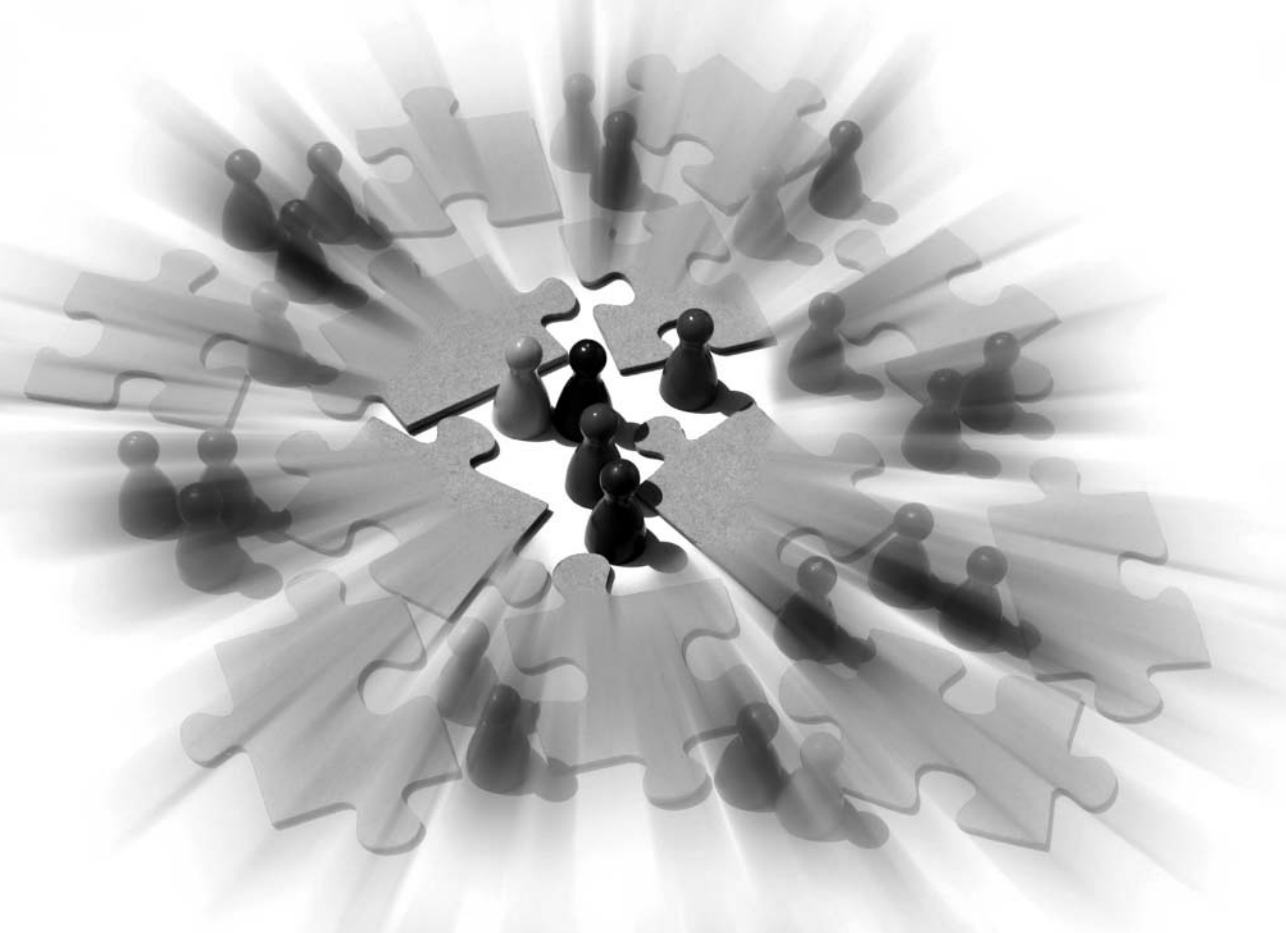


Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Consumo

El equipo de trabajo que he elabora  
esta guía está formado por:

**Tulia Cristina Yelo Valero**  
COORDINADORA

**Laura Caravaca Marín**  
**Pilar Díaz Delgado**  
**Beatriz Rives Espinosa**



*“Creo que aunque el intelecto pierda todo o parte de lo que se llama sentido de la realidad, el corazón percibe igualmente el amor que se le ofrece”*

**Alejandro Jodorowsky**



una nueva forma de **prevención en salud mental**. UNA GUIA PARA FAMILIARES

# INDICE

<b>Presentación</b> _____	<b>4</b>
<b>1. Introducción</b> _____	<b>6</b>
<b>2. El estigma social y laboral de las personas con enfermedad mental</b> _____	<b>10</b>
<b>3. La importancia de la familia para la estabilidad de la personas con enfermedad mental y su papel ante la integración laboral</b> _____	<b>14</b>
<b>4. Rehabilitación laboral para personas con enfermeda mental</b> _____	<b>20</b>
1) Datos sobre la situación de las personas con discapacidad en el mundo laboral _____	21
2) Necesidades y dificultades en el proceso de inserción laboral de las personas con enfermedad mental _____	22
3) El modelo de integración laboral de personas con enfermedad mental de FEAFES Region de Murcia _____	26
<b>Referencias bibliograficas</b> _____	<b>34</b>
<b>Directorio de asociaciones</b> _____	<b>35</b>



# PRESENTACIÓN



*“Generamos el mundo que vivimos.  
Si hay algo que deseamos sea,  
hagámoslo.  
Hay que vivir lo que se  
quiere alcanzar”*

**Humberto Maturana**



una nueva forma de **prevención en salud mental**. **UNA GUIA PARA FAMILIARES**

La presentación de esta Guía supone en cierta manera para nosotros, la culminación de un proyecto que desde hace tiempo nos veníamos planteando, y es tener la posibilidad de plasmar por escrito la forma en que desde el movimiento asociativo sentimos y vivimos la gran importancia que las familias tenemos en la integración laboral de aquellas personas que padecen una enfermedad mental, y por otro lado, el papel fundamental que la inserción laboral juega en la rehabilitación y la normalización de sus vidas. Mucho más allá que una mera actividad laboral o comercial, o una simple adquisición de un salario, para nosotros la inserción laboral constituye en sí misma una función terapéutica.

Por otra parte, no solo se culmina un proyecto sino que ahora más que nunca seguimos encontrando la motivación y la fuerza para continuar trabajando en la mejora de los servicios y recursos que las personas con enfermedad mental necesitan, en avanzar en las políticas y programas de inserción laboral para este colectivo, y en definitiva, en la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad mental y de sus familias.

No quisiera finalizar esta presentación sin agradecer a todos aquellos que de una manera u otra han contribuido y han hecho posible que esta Guía para familiares se haya podido realizar, y animarles a que disfruten con su lectura.

Afectuosamente

**José García Marín**

Presidente de FEFES Region de Murcia

# 1 INTRODUCCIÓN



*Lo humano se constituye en el entrelazamiento  
de lo emocional con lo relacional*

**Humberto Maturana**





## 1. INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad actual, las personas nos sentimos realizadas a través del trabajo, es por ello, que el derecho a trabajar se convierte actualmente en el derecho a realizarse como persona. Desde esta perspectiva FEAFES REGION DE MURCIA se plantea la necesidad de plasmar por medio de una GUIA como esta, nuestra forma de sentir y entender la integración laboral, y con el pleno convencimiento de que el empleo entre las personas con enfermedad mental tiene tal entidad terapéutica que siempre ha sido y es una línea prioritaria para el movimiento asociativo.

A lo largo de la Guía vamos a ir analizando como en los últimos años se han producido pasos y cambios muy importantes para lograr la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental, pero si queremos continuar en este proceso se hace imprescindible un abordaje globalizador y sistémico, más amplio, donde la familia pasa a convertirse en el pilar básico de apoyo de la persona que queremos integrar.

Esto puede significar en ocasiones el alterar la percepción que el familiar tiene de las dificultades y posibilidades del paciente, y de su propia responsabilidad en cuanto a la normalización e integración del mismo. También puede significar modificar su papel de cuidador, implicándolo de forma activa en todo el proceso de integración laboral, consiguiendo con ello eliminar estereotipos, reducir o erradicar el estigma interno de la familia y proveerles y dotarles de las herramientas necesarias.

Este va a ser el objetivo básico de esta Guía, ***servir de herramienta para entender la necesidad de realizar una integración laboral como principio terapéutico así como el importante y esencial papel que la familia ostenta en todo el proceso de rehabilitación y normalización***. Con la inserción laboral, no sólo se alcanza independencia económica, sino que se ofrece una forma directa de integrar, normalizar y rehabilitar a las personas que padecen enfermedades mentales graves, cuya inclusión social se encuentra todavía mermada por el estigma que estas personas padecen.

Por otro lado, no podemos olvidar las dificultades que encontramos en la integración laboral. Según el informe “El estigma de la Enfermedad Mental” elaborado en 2006 por la Comunidad de Madrid sólo un 5% de las personas con diagnóstico en enfermedad mental consigue un puesto de trabajo en la empresa ordinaria. A lo largo del tercer apartado de esta Guía revisaremos el estigma social y laboral de las personas con enfermedad mental con el ánimo de comprender y aceptar las dificultades y handicaps con los que nos encontramos.



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

Por último nos centraremos en presentar la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental, partiendo de la realidad del mercado laboral para este colectivo, analizando las principales dificultades que se nos presentan y finalmente presentaremos el modelo concreto de integración laboral que se propone desde el movimiento asociativo de FEAFES REGION DE MURCIA.

Es importante para nosotros para finalizar esta introducción plantear algunos conceptos básicos de los cuales partimos, que nos van a servir de referencia a la hora de establecer como queremos mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Nos referimos a:

### **¿QUÉ ES LA SALUD?**

“es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la mera ausencia de enfermedad” (OMS, 1946).

“se la considera estrechamente ligada a la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva al reto del ambiente” (OMS 1985).

*“La salud no es una meta,  
es una actitud”*

Guillermo Borja

### **¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?**

Según la OMS, la Salud Mental es: “la forma de relacionarse con otros en la familia, el trabajo, el ocio y la comunidad en general”

Podemos considerar, por tanto, que la Salud Mental es el modo más adecuado de apartarnos al mundo y a los otros con la máxima eficacia y felicidad.



una nueva forma de **prevención en salud mental**. **UNA GUIA PARA FAMILIARES**

## ¿QUÉ ES UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, que dificulta a la persona su adaptación a su entorno social y crea malestar subjetivo.

Las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida plena y normalizada, ya que la enfermedad mental:

- No significa menor capacidad intelectual.
- No implica cronicidad o permanencia en la vida del individuo una vez desarrollada.
- Las personas con enfermedad mental son totalmente capaces de tomar sus decisiones racionales sobre sus propias vidas.
- Las personas con enfermedad mental pueden trabajar.

*“Las emociones son  
las que nos guían”*

Humberto Maturana

## SABIAS QUE....?

- El 25% de la población sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.
- 450 millones de personas en el mundo tienen una enfermedad mental.
- El 12.5% de todas las enfermedades son mentales.
- El 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión a lo largo de su vida.
- El 1% de la población desarrolla alguna forma de esquizofrenia.
- Entre el 70% y el 80% de las PCEM están en situación de desempleo.

## 2 EL ESTIGMA SOCIAL Y LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



*La más larga caminata comienza con un paso.*

**Proverbio hindú**



una nueva forma de **prevención en salud mental**. UNA GUIA PARA FAMILIARES

## 2. EL ESTIGMA SOCIAL Y LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Para comenzar, es preciso definir qué entendemos por estigma. La palabra estigma del *stigma*, y este a su vez del *στίγμα*, son señales o marcas que aparecen en el cuerpo de algunas personas.

En la actualidad, este término ha sido utilizado para identificar determinadas enfermedades, produciendo prejuicios contra las personas que las padecen.

No podemos olvidar que a lo largo de la Historia se ha vinculado la Enfermedad Mental con la marginación social y familiar. Visiones e interpretaciones erróneas perjudicaron durante siglos a las personas que padecieron enfermedades mentales, desde su asociación con la posesión demoníaca o inspiración divina de la antigüedad, hasta el nazismo, que los proclamó “indignos de vivir”, y hasta hace pocas décadas vivieron aislados de la sociedad, encerrados en asilos, instituciones o manicomios.

Actualmente las personas que padecen una enfermedad mental siguen estando estigmatizadas, mal calificadas como “locos” en el lenguaje popular, se encuentran discriminados en temas de vivienda, empleo y generan el temor de que son peligrosos.

En numerosas ocasiones nos encontramos que los ciudadanos son reacios o contrarios al establecimiento de centros de atención, viviendas colectivas, u otros servicios en sus zonas residenciales. Estas mismas actitudes de rechazo se denotan con demasiada frecuencia entre los organismos que atienden a las personas con enfermedad mental.

Debemos señalar que esta situación de estigmatización afecta a todos los integrantes de la sociedad en la que vivimos, incluidas las propias personas con enfermedad mental, ya que estas llegan a aceptar el estereotipo de su propia condición, produciéndose numerosos casos en que dichas personas rechazan más la enfermedad que sus propios familiares o el personal socio-sanitario que le atiende.

Podemos encontrar que existen algunos factores individuales que moderan la estigmatización y mejoran el respeto de la sociedad hacia las personas con enfermedad mental.

- Las personas con inquietudes intelectuales, alto nivel cultural, y de edad joven, generalmente son más respetuosas.



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

- El hecho de haber tenido un contacto previo con alguna persona que padezca un trastorno mental, disminuye la estigmatización y el temor de que son personas peligrosas.
- El hecho de conocer la situación vital de la persona, de tener la posibilidad de conocerla como persona, dentro de una relación funcional.
- Los centros de atención, viviendas tuteladas o residencias situados en el centro de la ciudad, se aceptan mejor que aquellos que se localizan en urbanizaciones de viviendas unifamiliares.

Lo cierto es que la estigmatización origina una grave discriminación que perjudica seriamente las posibilidades de relación, integración y normalización de las personas con enfermedad mental. Dicha discriminación también va a limitar la cantidad de recursos disponibles para el tratamiento, la disponibilidad en cuanto a vivienda, las relaciones sociales y personales, y por supuesto las oportunidades en el mundo laboral.

El estigma que se asocia a la enfermedad mental afecta negativamente tanto en la detección precoz, en la evolución y en la recuperación de la propia enfermedad. Los sentimientos de vergüenza que provocan las enfermedades mentales entre quienes las padecen y sus familias, es la principal causa de que actualmente muchos pacientes no estén diagnosticados ni tratados, especialmente al comienzo de la enfermedad.

Por último, tal y como hemos comentado anteriormente, la estigmatización afecta a todos los integrantes de la sociedad en la que vivimos, incluidas las propias personas con enfermedad mental, por lo que resulta un acto de responsabilidad por parte de todos el reflexionar sobre de qué manera estamos contribuyendo a la permanencia o mantenimiento de este estigma social y laboral cada uno de nosotros desde la posición que tenemos, y de qué manera podemos hacer algo diferentes.



una nueva forma de **prevención en salud mental. UNA GUIA PARA FAMILIARES**



# 3 LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA LA ESTABILIDAD DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL Y SU PAPEL ANTE LA INTEGRACIÓN LABORAL



*La única libertad que podemos dar es la confianza.  
Confianza quiere decir no juzgar,  
dejar que el otro se manifieste como es,  
no como yo quiera*

**HUMBERTO MATURANA**





una nueva forma de **prevención en salud mental**. UNA GUIA PARA FAMILIARES

### 3. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA PARA LA ESTABILIDAD DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL Y SU PAPEL ANTE LA INTEGRACIÓN LABORAL

La familia es considerada en nuestra sociedad occidental el eje vertebrador, en el que se desarrolla y mueve la persona, pero ***¿Qué le ocurre a una familia cuando se encuentra entre sus miembros con una persona con una enfermedad mental crónica?***

Lo que le ocurre es que aumenta el nivel de estrés. La familia percibe claramente que lo que le ocurre rebasa y sobrepasa los recursos de respuesta a las dificultades que conocía y utilizaba hasta ese momento. Siente que se pone en peligro su bienestar. Y el estrés consiguientemente repercute en todos los miembros de la familia.

Crea situaciones de hundimiento, de baja satisfacción y autoestima en la pareja y hasta conductas desviadas en otros miembros de la familia. La enfermedad mental produce siempre problemas de adaptación en la familia. Las demandas generadas por la incertidumbre, el desasosiego que trae consigo la convivencia con la persona con enfermedad mental son muchas y dolorosas. Y el paciente no es el culpable de estas consecuencias.

La convivencia familiar con la persona con enfermedad mental crónica no produce siempre estos efectos con la misma gravedad y de idéntica forma. Una misma enfermedad mental puede ser para una familia intolerable y más o menos llevadera para otras, dependiendo de los recursos materiales, sociales y de los entrenamientos que posean para afrontar contingencias nuevas, y sobre todo, de cómo se perciba subjetivamente el hecho de la enfermedad.

En ocasiones, la familia se queda tan desanimada que todo lo ve negativo y no siente intelectual, afectiva o emocionalmente momentos gratificantes en su vida. De puertas afuera, su casa se verá aislada, despreciada, relegada, con una ruptura de su estatus anterior. De puertas adentro, se resquebraja el equilibrio personal de sus miembros y el nivel de relaciones entre ellos se deteriora.

Habitualmente, la mayoría de familias pasa por una serie de fases desde el momento inicial en el que comienzan a ver que a su familiar le ocurre algo hasta que, pasado un tiempo lo aceptan y se adaptan a la nueva situación.



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

## **FASE DE ALARMA**

- La enfermedad puede aparecer de forma brusca o progresivamente con pequeñas alteraciones del comportamiento y cambios en el estilo de vida del afectado. Estamos en el **primer brote** de la enfermedad. La familia **no entiende qué está pasando**, se hacen preguntas.

- Suele haber mucha **desorientación**, la familia no sabe qué hacer.

-Se suele **buscar la causa** del problema y cualquier explicación banal resulta tranquilizadora. Se confunden los primeros síntomas de la enfermedad con el desarrollo personal o circunstancias estresantes de la vida (“será cosa de la edad”, “le habrá pasado algo en algún sitio o con alguien”), cambios temporales.

- La familia suele responder a veces minimizando el problema, **restándole importancia** y, a veces, **negando** el problema.

- Unos miembros de la familia toman la actitud de esperar a ver cambios y otros se muestran más ansiosos y preocupados. En ocasiones, las **distintas actitudes** ante el problema pueden crear conflictos.

- Esta primera fase es una fase de **incertidumbre** al no saber realmente qué le está ocurriendo al familiar afectado.

## **FASE DE RESISTENCIA**

- Esta fase comienza cuando el estilo de vida de la persona afectada se agrava y ya no se le puede restar importancia, el comportamiento extraño del familiar continúa haciéndose más notable (se sale de las normas, no se adapta). Ya no se pueden tomar como cambios temporales.

- Coincide con las **sucesivas recaídas e ingresos...** “el problema comienza a parecer irresoluble”.

- Pueden aparecer sentimientos de **frustración, ansiedad, miedo, irritabilidad**, dificultad para dormir, pérdida de apetito: la familia reconoce **NECESIDAD DE APOYO PROFESIONAL**.



una nueva forma de **prevención en salud mental**. UNA GUIA PARA FAMILIARES

- Suelen aparecer sentimientos de **rencor** frente al familiar con esta enfermedad, acusaciones, deseos de perderle de vista. A veces, se producen discusiones, acusaciones, incluso abandono del hogar.
- La familia se moviliza ante la clara actitud no sana del familiar afectado.
- La idea de una enfermedad duradera no se puede entender, se cree que se curará como otras enfermedades, se espera una solución a corto plazo.
- Se dan diferentes actitudes en los miembros de la familia:
  - familiares muy preocupados por los cambios
  - familiares que se alejan de la persona con enfermedad
  - familiares que no dan importancia a la situación y no la valoran en su justa medida
- **RESULTADO: aumento del sufrimiento y nivel de emoción expresada** por el familiar. La familia con frecuencia se siente estigmatizada, siente vergüenza e intenta ocultar el problema.

## **FASE DE AGOTAMIENTO**

- Después de varios meses se debilitan las fuerzas. La familia va viendo que la persona con enfermedad mental no vuelve a su estado anterior al primer brote.
- En la persona con enfermedad mental **predominan los síntomas negativos** (p.ej. pérdida de hábitos, apatía, desinterés general...)
- El tratamiento continúa y los profesionales aconsejan que asista a otros centros de rehabilitación y a terapias.
- Se puede llegar a ver a la persona con enfermedad mental como un inválido que necesita cuidados y vigilancia constantes, lo que puede dificultar su adaptación y rehabilitación. De esta manera se hacen más dependientes e incapaces.
- Cuanto más incapaz vea la familia al paciente menos actuará éste por sí mismo y más fácilmente la familia se verá desbordada por las tareas de cuidarlo.
- Considerar a la persona con enfermedad mental una inválida total puede anular sus propios esfuerzos por recuperar intereses, actividades y compromisos, por rehabilitarse y reintegrarse en la comunidad.



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

- La persona con enfermedad mental se convierte en el eje central de la familia y se le dedica más tiempo y atención. La familia se aísla por vergüenza, miedo, no compartir afinidades con otros.
- La imagen interior idealizada de la persona con enfermedad mental, las expectativas con el familiar se ven truncadas.
- Son frecuentes los sentimientos de **soledad, desánimo, tristeza, pena, culpabilidad y negativismo**.

### **FASE DE AFRONTAMIENTO: ¿CÓMO AFRONTAR LA SITUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR?**

- Buscar **apoyo**. Ser crítico con uno mismo. Solicitar **información**. No quedarse sólo.
- Tras la primera alarma se trata de intentar **poner el problema en su lugar**, retomar la relación, reencontrar a la PERSONA.
- **Reorganizar la familia**. Dialogar sobre la nueva situación. Buscar conjuntamente las alternativas. Superar la vergüenza. Buscar la normalidad perdida.
- La **responsabilidad** no debe suponer sólo una carga para el o la cuidadora principal, sino que hay que **repartirla en el ámbito familiar**.

Bajo este marco, es donde se circunscriben la intervención respecto a la inserción laboral, necesaria para proporcionar información a las familias y, en la medida de lo posible, producir cambios en sus actitudes, que propicien el acompañamiento a la persona con enfermedad mental en su rehabilitación o en su inserción laboral.

Tal y como decíamos al principio del capítulo, la familia juega un papel clave en el desarrollo de la persona, y en el caso concreto de las personas con enfermedad mental, juega un papel no importante, sino esencial.

No podemos olvidar que la inserción laboral cumple una funcionalidad terapéutica para las personas con enfermedad mental, es por ello que se precise como imprescindible el apoyo de la familia. No obstante, este apoyo puede por un lado ser fundamental en la integración laboral de la persona con enfermedad mental o en cambio con su sobreprotección,



puede suponer un freno a dicha integración. Cualquier persona puede poseer más capacidades para acceder al mundo laboral, con el apoyo de su familia que sin dicho apoyo.

El desconocimiento que algunas familias poseen a cerca de la realidad de la integración laboral de las personas con enfermedad mental, puede dificultar dicho proceso de integración, pudiéndose producir alguna de estas situaciones:

1. Actitudes que fomentan la conducta poco madura del usuario (anulación de la capacidad decidir, bloqueo de iniciativas, resolución de problemas por sí mismos, dependencia de los profesionales...)
2. Desvalorización de las capacidades de la persona con enfermedad mental.
3. Bajo conocimiento de las habilidades y dificultades del usuario (sobre valoración, constantes críticas ante su falta de iniciativa o motivación...)
4. Desconocimiento del mundo laboral.
5. Tendencia a la elección de medidas menos integradoras o normalizadoras (cobro de pensiones, talleres ocupacionales, centros de atención...) frente al trabajo en sí mismo.

Es por todo ello que desde el movimiento asociativo se anima y alienta a la familia a considerar la posibilidad de adoptar visiones más optimistas y normalizadoras del proceso de inserción socio laboral, y de las capacidades de la persona que pretendemos integrar, para lo que proponemos las siguientes medidas:

- Aumentar en la persona con enfermedad mental la responsabilidad y confianza en sus posibilidades para acceder al mundo laboral.
- Fomentar la independencia de la persona con enfermedad mental en todos sus ámbitos (familiar, personal, social, laboral...). De esta manera se ampliarán las posibilidades de acceder al mundo laboral.
- Concienciar de la importancia de la Inserción laboral, como una herramienta más de la Rehabilitación en personas con enfermedad mental.
- Valorar las capacidades de la persona con enfermedad mental, de manera realista.

# 4 REHABILITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



*"El camino hacia la sanación consiste  
en redescubrir el amor y el respeto  
hacia uno mismo"*

**Humberto Maturana**



una nueva forma de **prevención en salud mental**. UNA GUIA PARA FAMILIARES

## 4. REHABILITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

### 1. DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MUNDO LABORAL.

En nuestra moderna sociedad la persona se siente realizada fundamentalmente a través del trabajo. Es por eso que como dijimos al principio de la Guía, *“el derecho a trabajar es el derecho a realizarse como persona”*.

El tipo de empleo, el salario que percibimos y en general, las oportunidades laborales definen mejor que nada nuestro estilo de vida, afectan directamente al modo cómo nos percibimos cada uno y cómo nos percibe y valora la comunidad donde vivimos. Por esta razón las personas con discapacidad sienten una necesidad especial de integrarse en el mercado de trabajo, desean ser activos para lograr por un lado la estima de la comunidad en la que viven, y por otro la confirmación de su valía personal, ambos aspectos básicos para su integración social.

Pero la realidad con la que nos encontramos en materia de formación y empleo en España no siempre facilita la integración de este colectivo. Según datos del INE, 2003: *Las personas con discapacidad y su relación con el empleo*, las diferencias entre personas con y sin discapacidad en relación al nivel de estudios son muy significativas.

De las 2.339.200 personas con discapacidad entre 16 y 64 años que hay en España el 7,5% son analfabetas, el 51,2% han finalizado la educación primaria, el 22,1% ha realizado estudios secundarios de primera etapa, y el 19,2% han completado estudios secundarios o superiores. Estos niveles de estudios son muy similares para hombres y mujeres con discapacidad.

El dato más relevante respecto a la actividad es que dos de cada tres personas con discapacidad en edad laboral se encuentran inactivos. Una gran mayoría de personas con discapacidad no participa en el mercado de trabajo. Sólo el 33,7% son personas activas frente al 70% de tasa de actividad de la población sin discapacidad.

Por otro lado, la tasa de paro de las personas con discapacidad es un 40% superior a la de las personas que no tienen discapacidad. Esta tasa de paro es algo menor en hombre que en mujeres.



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

Esto nos lleva a que tres de cada cuatro personas con discapacidad en edad laboral perciben que tienen o tendrán restricciones en relación con el empleo. Entre los motivos de que una gran parte de la población con discapacidad esté al margen del mercado laboral se encuentran las restricciones que tendrían a la hora de trabajar como consecuencia de sus discapacidades y menor cualificación. Las principales restricciones son: por el tipo de trabajo, por la cantidad de trabajo y por las dificultades en el desplazamiento al lugar de trabajo.

Las discapacidades que más limitan el trabajo son las mentales (85,00%), seguidas de los problemas de espalda, cuello, brazos y manos (83%).

En cuanto a las ocupaciones más frecuentes entre las personas con discapacidad están los trabajos no cualificados, ocupaciones en industria y empleos en el sector servicios

Además existe una desigualdad cualitativa en cuanto a las ocupaciones que desempeñan los hombres y las mujeres con discapacidad. Los hombres con discapacidad ocupados trabajan como personal cualificado en empresas manufactureras o de la construcción, en cambio entre las mujeres con discapacidad ocupadas predominan los trabajos no cualificados.

También podemos señalar que existen claras diferencias entre las comunidades autónomas respecto a la actividad y el empleo de las personas con discapacidad. Nueve son las Comunidades Autónomas que tienen una tasa de actividad superior a la media española, que como dijimos anteriormente se sitúa en el 33,7%. Navarra representa la mayor tasa de actividad, y Asturias la menor. La Región de Murcia se encuentra por debajo de la media nacional de actividad, situada en el lugar 11<sup>a</sup> en cuanto a tasa de actividad y empleo para personas con discapacidad.

## **2. NECESIDADES Y DIFICULTADES EN EL PROCESO DE INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.**

A pesar de los esfuerzos realizados desde las Asociaciones, Federaciones y Organismos Públicos, y la creciente sensibilización sobre el derecho que tienen las personas con discapacidad de insertarse laboralmente, en la actualidad todavía subsisten algunas resistencias, problemas y necesidades que son imprescindibles de identificar, porque perjudica a todo el colectivo de personas con discapacidad. Destacan los siguientes problemas generales:

- Las deficiencias y carencias de formación reglada y la falta de experiencia. En los estudios de carácter cuantitativo realizados con el objeto de estudiar la





relación entre discapacidad y formación, se observa que las personas que han superado todos los ciclos formativos reglados tienen unos niveles de ocupación bastante similares a los de la población en general, mientras que aquéllas que carecen de formación tienen unos niveles de ocupación ínfimos. A ello se suma el escaso grado de especialización formativa y la ausencia de itinerarios formativos individualizados.

- El proteccionismo familiar mal entendido, crea no sólo problemas de comportamiento personal, sino barreras psicológicas y físicas en la integración laboral y social de las personas con discapacidad, empezando en las dificultades de participación en los circuitos de formación normalizada.
- La precariedad y poca estabilidad en el empleo al que pueden acceder la persona con discapacidad, así como las bajas remuneraciones, que en gran medida se relacionan con los bajos niveles de cualificación y especialización apuntados anteriormente. Todo esto lleva a que exista poco estímulo a buscar empleo.
- La ausencia de servicios específicos de carácter público que ayuden a las personas con discapacidad a insertarse laboralmente, les permita promocionarse desde una bolsa de empleo y realice las funciones de intermediación laboral. La orientación profesional exige un buen conocimiento de la oferta laboral y de las aptitudes reales de las personas que permita la articulación de itinerarios laborales particularizados. En este sentido existe una fragmentación o ruptura entre la formación reglada y la formación sociolaboral.
- La ausencia de apoyos tutelados como instrumento para la configuración de itinerarios personalizados. Estos apoyos son necesarios tanto en la etapa de formación como en la laboral, y dentro de ésta tanto en los procesos de inserción laboral (apoyo para el empleo) como en la etapa posterior en la que el individuo ya se halla insertado en el mercado laboral.
- Los prejuicios y barreras sociales se siguen bastante arraigadas, así como la discriminación de las personas y el rechazo social a causa de su discapacidad, lo que con frecuencia explica el sentimiento de baja autoestima y trae consigo la discriminación y exclusión social.
- La falta de información y sensibilización sobre el fenómeno de la discapacidad es el origen de la pervivencia de muchos estereotipos que inciden negativamente en las posibilidades de inserción laboral de estas personas. La falta de información



## el apoyo familiar para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

es muy notable en el caso del sector empresarial, especialmente en lo que se refiere a las posibilidades laborales de estas personas y a las nuevas medidas que protegen y motivan la contratación. A su vez, dentro del sector empresarial la mayor desinformación se produce entre las PYMES, responsables de la mayor parte del empleo de nuestro país, pero que no están obligadas al cumplimiento de reserva del 2%, y no tienen acercamiento alguno con el mundo de la discapacidad.

- La inexistencia de un concepto generalizado de las adaptaciones que se pueden realizar en los puestos de trabajo, y en que en algunos casos son sencillas de lo que se piensa.
- Ausencia de coordinación entre los distintos interlocutores institucionales (tanto públicos como privados) relacionados con la inserción laboral de las personas con discapacidad: el estado, las comunidades autónomas, los empresarios, los sindicatos y las asociaciones de discapacitados.

En este sentido, después de analizar los problemas generales con los que nos encontramos, el Ministerio de Sanidad y Política Social en su “Estrategia Global de Acción para el empleo de personas con discapacidad 2008-2010”, establece una líneas de actuación, encaminadas a aumentar las tasas de actividad y ocupación de las personas con discapacidad, y por otro lado, mejorar la calidad del empleo y las condiciones de trabajo de las mismas. Las líneas de actuación son las siguientes:

- Eliminar las barreras socioculturales, legales y físicas, tanto arquitectónicas como de comunicación, que aun dificultan el acceso al empleo de las personas con discapacidad.
- Potenciar la educación y la formación de las personas con discapacidad para favorecer su empleabilidad.
- Diseñar nuevas políticas activas de empleo mejor adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad y mejorar su gestión.
- Promover una mayor contratación de personas con discapacidad en el mercado de trabajo ordinario.
- Renovar el empleo protegido, preservando el dinamismo en la generación de empleo alcanzado en los últimos años y favoreciendo un mayor tránsito hacia el empleo ordinario.



- Mejorar la calidad del empleo y de las condiciones de trabajo de las personas con discapacidad, evitando su discriminación en el mercado de trabajo.
- Mejorar tanto los sistemas de recogida, análisis y difusión de la información en materia de empleo y personas con discapacidad como la coordinación de las políticas públicas de empleo desarrolladas por las administraciones públicas.

En la medida que el colectivo de la discapacidad es heterogéneo, también lo es la incidencia de su problemática. Desde esa primera visión, las personas con discapacidad sensorial, y por este orden las personas ciegas y las sordas leves/graves, son las que tienen más oportunidades de inserción, seguidas de las personas con discapacidad física, para terminar con las personas con discapacidad intelectual y las que padecen enfermedad mental.

Concretando este análisis en el colectivo de personas con enfermedad mental, ya hemos visto que su índice de actividad es el más bajo de todas las discapacidades y respecto a la incidencia en las oportunidades de inserción también ocupan el último lugar, por lo que podríamos determinar como urgente la creación de un plan organizado, dinámico y realista que de respuesta a las necesidades del colectivo en cuanto a materia de inserción laboral.

El colectivo de personas con enfermedad mental es un colectivo con necesidades específicas y cuyas peculiaridades deben ser tomadas en cuenta para que las posibilidades de una inserción laboral sea exitosa, así por ejemplo las personas con enfermedad mental sólo podrán beneficiarse de la inserción laboral si tienen cubiertas otra serie de necesidades previas, como:

- Estabilidad psicopatológica.
- Disponer del soporte adecuado en la organización de la vida cotidiana.
- Contar con repertorios personales adecuados para desenvolverse en el contexto social.
- Mantener hábitos de ajuste laboral, en cuanto a las destrezas y a la conducta social.

Además de cubrir las necesidades previas anteriormente expuestas, debemos tener en cuenta la gran heterogeneidad que existe entre nuestros usuarios por lo que en nuestro plan de actuación no sería suficiente con hablar de un modelo de actuación con un único programa de intervención, sino que tenemos que diseñar un plan que garantice la inserción desde aquellas personas con mayores posibilidades de acceso a un trabajo normalizado



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

hasta aquellas que por sus limitadas habilidades o capacidades, no puedan acceder a un trabajo normalizado.

Debemos ser capaces de diseñar un plan de empleo y formación en el que tengan cabida todas las personas con enfermedad mental de la Región de Murcia, intentando maximizar los recursos con los que contamos e instaurar todos los que sean necesarios para cumplir nuestro objetivo: ***“el acceso al mundo laboral de las personas con enfermedad mental, de la manera más integradora y normalizadora posible”***.

Es de indiscutible importancia incluir en nuestro modelo de integración laboral, acciones dirigidas a los empresarios, como empleadores de las personas con enfermedad mental, con claro carácter informativo y de sensibilización, y encaminado a establecer convenios de colaboración entre estos y la Federación Murciana de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, así como con otros colectivos como sindicatos, organismos públicos y privados...

### **3. EL MODELO DE INTEGRACION LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE FEAFES REGION DE MURCIA.**

El modelo de integración laboral para personas con enfermedad mental de FEAFES Región de Murcia no puede ser único e inflexible, sino que tienen dar cabida tanto a aquellas personas con posibilidades de inserción en el mercado laboral normalizado, no protegido, como aquellas que por su grado de afectación necesitarían medidas de fomento para conseguir acceder al mercado laboral y por último a todas aquellas que definitiva o temporalmente no puedan extraer un rendimiento mínimo de su actividad laboral.

Es por esto, que el modelo que a continuación vamos a presentar, se va ver desarrollado mediante la implantación simultánea de 4 Programas de fomento del empleo en personas con enfermedad mental, que van a perseguir el mismo objetivo ***“el acceso al mundo laboral de las personas con enfermedad mental, de la manera más integradora y normalizadora posible”***.

### **1. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y FORMACIÓN LABORAL.**

Estos programas están dirigidos a aquellos usuarios cuyas discapacidades o limitaciones obligan a llevar a cabo un trabajo previo a la inserción o cuando no sea posible el acceso a un puesto de trabajo normalizado temporalmente.



Entre los programas posibles, podemos destacar:

## A. LA REHABILITACIÓN LABORAL.

La **Rehabilitación Laboral** no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral. Las destrezas objeto de la intervención serán:

### a. Hábitos básicos de trabajo.

- Asistencia y puntualidad.
- Apariencia y presentación personal.
- Seguimiento de instrucciones.
- Autonomía en el trabajo.
- Capacidad de iniciar, continuar y finalizar tareas.

### b. Hábitos sociales.

- Interacción con compañeros.
- Iniciar y mantener conversaciones.
- Solicitar y ofrecer ayuda.
- Hacer y recibir críticas.

### c. Afrontamiento y manejo del estrés.

La Rehabilitación laboral debe ser incluida como un servicio necesario para superar las discapacidades o limitaciones que plantea la enfermedad mental. Si no es posible la creación de centros específicos, debemos al menos plantearnos programas de rehabilitación en otros dispositivos, siempre y cuando sean claros y diferenciados del resto de programas.

En este proceso incluiríamos LA FORMACIÓN BÁSICA entendida como aquella cuyo objeto sea desarrollar los siguientes aspectos en los usuarios, en los diferentes talleres ocupacionales o de empleo.

- Técnicas instrumentales.
- Autonomía personal.
- Conocimiento del medio y del entorno.
- Funcionalización de aprendizajes.



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

## B. LA FORMACIÓN PRELABORAL.

La **formación pre-laboral** es aquella que tiene por objeto dotar a todas aquellas personas con enfermedad mental de los conocimientos y técnicas específicas sobre una tarea concreta u oficio, y se desarrollan como transición al empleo. Cabría diferenciar dentro de esta formación:

### **FORMACIÓN POLIVALENTE.**

- Talleres: artesanía, jardinería, carpintería...
- Desarrollo de habilidades y destrezas funcionales.
- Cursos de formación ocupacional.

Los programas de Rehabilitación laboral y Formación Prelaboral se realizarán de forma simultánea en la mayoría de los casos, asistiendo los usuarios tanto a programas de rehabilitación laboral y al mismo tiempo a formación prelaboral.

## **2.- PROGRAMAS OCUPACIONALES.**

Como Programas Ocupacionales debemos hacer referencia a dos modelos de inserción laboral diferentes:

### **1.-Los centros ocupacionales.**

Podríamos definirlos como establecimientos que tienen como finalidad el procurar la integración de adultos con discapacidad mediante la realización de actividades laborales, personales y sociales para su habilitación laboral, desarrollo de su autonomía personal y social. Se trata de un recurso de última opción, cuando no sea posible que una persona acceda a otro empleo más normalizado.

El objetivo básico de los centros ocupacionales es el desarrollo personal de las personas con minusvalía en orden a lograr, dentro de las posibilidades de cada uno la superación de los obstáculos que la minusvalía les supone para su integración laboral.

Es importante, hacer hincapié en que la actividad ocupacional es el conjunto de actividades, tareas o labores, que son realizadas por personas con discapacidad, de acuerdo a sus condiciones individuales, bajo la orientación de profesionales del centro, y que, aún sin participar propiamente de la dinámica del mercado económico, están encaminadas a la obtención de objetos, productos o servicios. Consideramos importante tener en cuenta



la motivación y funcionalidad de las actividades ocupacionales, para que cumplan su objetivo dentro del proceso de integración laboral, y no pasen a ser un aspecto más de la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental.

Podrán integrarse en los Centros Ocupacionales las personas con discapacidad que reúnan los siguientes requisitos:

- Estar en edad laboral.
- Estar en posesión del certificado de minusvalía.
- No padecer psicopatología activa que afecte a la convivencia.

## 2.-Los enclaves ocupacionales.

Los enclaves ocupacionales consisten en que un grupo de personas que están inscritas a un Centro Ocupacional, desarrollen alguna actividad de apoyo en un Centro Especial de Empleo.

Esta posibilidad no tiene una regulación específica.

Los enclaves ocupacionales tienen sentido como puente de transición entre los programas ocupacionales, y los que son genuinamente de empleo. El enclave ocupacional puede ser útil para:

- Que los usuarios y sus familias tengan una oportunidad de perder el miedo a la posibilidad de ir progresando en estructuras menos protectoras.
- Comprobar las posibilidades reales que un determinado usuario tiene de incorporarse con éxito a un empleo ordinario o en centro especial de empleo.
- Desarrollar programas de transición, a través de los cuales los usuarios mejoran sus repertorios y capacidades, haciendo más probable el éxito en la inserción laboral.

Se configura como un lugar de tránsito, con carácter de evaluación o entrenamiento, debe estar limitado en el tiempo (un periodo no superior a seis meses) y debe contar con un responsable que cuide y verifique todos estos aspectos.

## 3.-CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO.

Los Centros Especiales de Empleo tienen como objetivo principal el realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal



## el apoyo familiar para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal.

El total de la plantilla debe estar constituida por trabajadores minusválidos, aunque en el caso de personas con enfermedad mental es recomendable incorporar un 30% de esta con otras discapacidades, preferentemente físicas.

La estructura y organización de los centros especiales de empleo se debe ajustar a los de las Empresas Ordinarias. Podrán tener carácter público o privado, así como podrán carecer o no de ánimo de lucro.

Los centros especiales de empleo pueden ser creados por las Administraciones públicas o por otras Entidades, aunque siempre se exigirá para su creación su calificación e inscripción en el Registro de Centros de la Administración Autonómica. Los centros especiales de empleo están obligados a realizar una gestión sujeta a las mismas normas y requisitos que cualquier Empresa del sector a que pertenezca.

Los Centros Especiales de Empleo se constituyen como una buena opción a tener en cuenta para la integración laboral de personas con enfermedad mental, y para normalizar la integración social resulta de especial interés integrar a estas personas en centros especiales de empleo que acogen a trabajadores con otras minusvalías. A la misma vez merece la pena señalar que los centros especiales de empleo se conciben como ya hemos dicho anteriormente como un mecanismo intermedio, encaminado a la inserción de los trabajadores con discapacidad en el empleo ordinario. Sin embargo, ello no siempre es posible en nuestro colectivo, por lo que el centro especial de empleo se convierte en una finalidad en sí mismo para un buen número de trabajadores. Lo deseable sería conjugar esa finalidad ideal de los centros especiales de empleo con las condiciones reales que en cada caso se dan, sin olvidar nunca tener como objetivos:

- La consolidación de la empresa. Si el centro especial de empleo es una empresa fuerte y competitiva, podrá acoger progresivamente más trabajadores.
- Promover el trabajo normalizado. La salida de trabajadores a empresas ordinarias pocas veces se va a producir de forma natural, por lo que deberemos realizar políticas activas que sirvan para ese fin.
- Promover la creación de empresas por parte de los trabajadores. El centro especial de empleo en la medida en que se consolida, debe intentar que los propios trabajadores constituyan sus propias empresas.





#### **4.-PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL.**

El Programa de Inserción Laboral tiene el propósito de proporcionar a las personas con enfermedad mental una serie de habilidades para la búsqueda de trabajo normalizado, creando un servicio de captación, acogida, información y valoración individual para la realización de un itinerario de inserción laboral personalizado y cuyo último objetivo será su inserción en el empleo ordinario.

Para que la inserción laboral se lleve a cabo con posibilidades de éxito, las personas con enfermedad mental que participen de este programa deberán reunir unas condiciones mínimas:

- Disponer de la adecuada supervisión médico-psiquiátrica y de rehabilitación psicológica-social, que garantice el control de la patología.
- Haber pasado por algún tipo de programa de rehabilitación donde se hayan trabajado unos niveles mínimos de autonomía, habilidades sociales y en definitiva, o en su defecto, disponer de un conjunto de repertorios y habilidades suficientes para el desempeño de un puesto de trabajo ordinario.
- Considerar el apoyo de la familia tanto para brindarle el soporte que esta requiera como para el proceso de inserción laboral.

Desde el programa de inserción laboral de FEFES REGION DE MURCIA se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

- Análisis del mercado de trabajo.
- Sensibilización en las empresas para el fomento de la contratación.
- Acciones encaminadas a facilitar la capacidad de colocación de los demandantes de empleo, a través de la coordinación con el tejido empresarial de la Región.
- Atención al papel de la familia, entendiendo que esta constituye un soporte fundamental de apoyo al usuario en todo el itinerario de inserción laboral.
- Actuaciones individualizadas con los usuarios del programa:



el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas con enfermedad mental**:

- Entrevista ocupacional individualizada.
- Concreción del Itinerario Individual de inserción laboral, en colaboración con el usuario.
- Inclusión del usuario en la bolsa de empleo.
- Búsqueda activa de empleo por parte del programa y del usuario.
- Planes específicos para la adquisición de experiencia profesional.
- Información y asesoramiento para el autoempleo u otro tipo de iniciativas empresariales.
- Seguimiento laboral en el puesto de trabajo.

Este programa se desarrolla en estrecha colaboración con los responsables de Inserción Laboral de cada Asociación federada, así como, con otras instituciones colaboradoras del mismo, como los centros de salud mental, los hospitales psiquiátricos, el SEF, los sindicatos, así como cualquier organismo que trabaja en materia de inserción laboral, y que conoce y colabora con nuestro servicio.

Para completar el programa, la Federación Murciana de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental cuenta con una bolsa de trabajo a nivel regional, que es utilizada para impulsar las posibilidades de empleo de todas aquellas personas con enfermedad mental que estén en condiciones de trabajar en el mercado laboral ordinario.

*Intentemos percibir lo mejor de cada uno,  
de ver al otro bajo la mejor luz posible;  
esto crea inmediatamente un sentimiento de afinidad,  
una predisposición a establecer un lazo*

Dalai Lama



una nueva forma de **prevención en salud mental. UNA GUIA PARA FAMILIARES**





el **apoyo familiar** para la **integración laboral** de las **personas** con **enfermedad mental**:

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

II PLAN DE ACCION PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2003-2007 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (IMSERSO)

Informe confeccionado por el IMSERSO perteneciente al documento “La situación laboral de las personas con discapacidad en España”, Madrid, 2003.

ESTRATEGIA GLOBAL DE ACCION PARA EL EMPLEO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 2008.

El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental. FEAFES EXTREMADURA. E- traéis, 2006.

MODELO DE INSERCIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, FEAFES CONFEDERACION.

Guía de estilo: SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. FEAFES CONFEDERACIÓN, 2003.

Revista PUNTO DE ENCUENTRO nº 21: “La inserción laboral, prioridad absoluta”. FEAFES CONFEDERACIÓN, marzo 2009.



una nueva forma de **prevención en salud mental**. UNA GUIA PARA FAMILIARES

## DIRECTORIO DE ASOCIACIONES FEDERADAS

### **FEAFES REGION DE MURCIA**

C/. Cigarral nº 6, bajo  
30003 Murcia  
Tel.: 968 23 29 19  
Fax: 968 90 75 85  
email: info@feafesmurcia.com  
www.feafesmurcia.com

### **AFEMCE** (Cieza y comarca)

C/. M. José de Larra, 2. Bajo  
30530 Cieza  
Tel.: 968 76 08 48 y 968 45 44 09  
Móvil: 617 46 84 44  
Fax: 968 76 08 48  
email: afemce@afemce.com  
www.afemce.org

### **AFEMNOR** (Noroeste de la Región)

C/. Cuesta del Caño, 1  
30400 Caravaca de la Cruz  
Tel.: 968 70 09 66 y 695 67 30 43  
Fax: 968 70 09 66  
email: afemnor2006@yahoo.es

### **AFEMTO** (Totana)

C/. Sor Josefa Pérez, 2, Bajo (Antiguo Juzgado)  
30850 Totana  
C/. Santo Cristo nº1 bajo  
30850- Totana  
Tel.: 968 42 01 09 y 699 08 58 71  
email: afemto@hotmail.com

### **AFEMY** (Yecla y comarca)

C/. Águilas, 16  
30510 Yecla  
Tel.: 968 79 15 51  
Fax: 968 79 15 51  
email: afemy@teleyecla.com

### **AFES** (Murcia ciudad)

Avda. Juan de Borbón, 20  
30007 Murcia  
Tel.: 968 23 26 50  
Fax: 968 23 26 50  
email: info@afesmurcia.com

### **AFESMO** (Molina de Segura)

C/. Bailén, 71.  
30500 Molina de Segura  
Tel.: 968 64 53 87  
Fax: 868 91 33 11  
email: afesmoli@yahoo.es

### **ÁPICES** (Cartagena y comarca)

Finca Los Ventorrillos. Ctra. de Murcia  
30019 Santa Ana - Cartagena  
Tel. 968 16 92 15 y 678 59 86 64/3  
Fax. 968 16 90 66  
email: apices51@hotmail.com

### **ASOFEM** (Lorca)

C/. Pérez Casas, 105. Bajo  
30800 Lorca  
Tel.: 968 47 11 80  
Fax: 968 47 11 80  
email: asofem2003@hotmail.com

### **AFEMAC** (Águilas)

Avd. José Jimenez Ruano, s/n  
30880 Águilas  
Tel. 968 10 93 85 - Móvil. 615 75 56 18  
email: afemacaguilas2003@hotmail.com

### **AFEMAR** (Mar Menor)

C/Francisco de Asís, 4 (Lo Pagán)  
Centro de servicios sociales de San Javier  
30730 San Pedro del Pinatar  
Tel.: 968 19 07 82 Ext. 134  
Móvil: 636 20 61 08  
email: afemar.menor@yahoo.es







# FEAFES

Federación Murciana de  
Asociaciones de Familiares y  
Personas con Enfermedad Mental