

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Empleo, recuperación y ciudadanía en las experiencias psicóticas (Reorientando los servicios de salud mental)

Coordinadores y autores

Francisco Rodríguez Pulido^a y Nayra Caballero Estebaranz^b

Autores

**Ángeles Rodríguez García^c; Andrea Lettieri, Felipe Soto-Pérez,
Emiliano Díez Villoria y Manuel A. Franco-Martín^d;
Dácil Oramas Pérez^e Maria Jesús Melián Cartaya^f;
Abelardo Rodríguez González^g; Marcelino López Álvarez^h,
Sergio González Álvarezⁱ y Rafael Cía González^j;
Jean-Luc Roelandt^k, Philippe Trouiller^l, Elizabeth Duhail^m y
Mathilde Guernutⁿ; Roberto Mezzina^ñ**



CUADERNOS TÉCNICOS, 21
MADRID, 2021

- ^a Profesor Titular de psiquiatría Universidad de La Laguna (ULL).
Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife (PIRP).
Presidente sección rehabilitación AEN.
- ^b Doctora en Ciencias Médicas y Psicóloga. Responsable del Equipo
EAIE (SINPROMI).
- ^c Doctora en Ciencias Médicas. Supervisora enfermería Servicio Canario
de Salud. Profesora asociada departamento enfermería ULL.
- ^d Equipo de Profesionales de Zamora. Fundación INTRAS.
- ^e Médico de familia. Servicio Canario de Salud.
- ^f Psicóloga. Técnico EAIE. SINPROMI.
- ^g Psicólogo. Coordinador de la red de atención social a personas con
enfermedad mental. Comunidad de Madrid.
- ^h Psiquiatra y sociólogo. En el momento de la redacción del texto era
coordinador del comité de expertos de FAISEM y presidente del IDEMA SA.
- ⁱ Psicólogo. Responsable de los Programas de Empleo y de soporte
Diurno de FAISEM.
- ^j Licenciado en Derecho y en Dirección y Administración de Empresas.
Gerente de ISEMA SA.
- ^k Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé
mentale, Lille, France, equipe Eceve, Inserm UMR 1123,
EPSM Lille Métropole.
- ^l Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé
mentale, Lille, France, EPSM Lille Métropole.
- ^m ESAT EtiC, EPSM Lille Métropole.
- ⁿ Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé
mentale, Lille, France, EPSM Lille Métropole.
- ^ñ Psiquiatra. Director del Departamento de Salud Mental. Centro colaborador
de la OMS. Italia.

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría
Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.
28015 Madrid, España.
Tel. 636725599. Fax 918473182.

Depósito Legal: TF 213-2021
ISBN: 978-84-95287-97-7
Maquetación e impresión: Gráficas Marí Montañana
Av. Blasco Ibáñez, 22. 46132 Almàssera (Valencia)



ÍNDICE

Prólogo	7
Marian Franquet Navarro	
I. Consideraciones generales	10
I.I Recuperación en el ejercicio de la ciudadanía	13
Francisco Rodríguez Pulido y Ángeles Rodríguez García	
I.II Facilitadores y barreras para el empleo, una aproximación... desde las propias personas con enfermedades mentales	85
Andrea Lettieri, Felipe Soto-Pérez, Emiliano Díez Villoria y Manuel A. Franco-Martín	
II. Las diferentes estrategias de empleabilidad en salud mental	103
II.I Estrategia IPS	105
II.I.I Reorientar los servicios de salud mental: El empleo	107
en la estrategia IPS Francisco Rodríguez Pulido, Nayra Caballero Estebanz y Ángeles Rodríguez García	
II.I.II El empleo ordinario y sus resultados no vocacionales	153
Dácil Oramas Pérez, Francisco Rodríguez Pulido y Nayra Caballero Estebanz	
II.I.III El empleo ordinario y la rehabilitación cognitiva	193
Nayra Caballero Estebanz	
II.I.IV El empleo ordinario y la satisfacción laboral	219
de los usuarios y los empresarios María Jesús Melián Cartaya y Francisco Rodríguez Pulido	

II.I.V La estrategia IPS para el empleo ordinario	243
de las personas con discapacidad por trastorno mental grave en Tenerife: 15 años de experiencia	
Francisco Rodríguez Pulido y Nayra Caballero Estebaranz	
II.I.VI Coste social de la empleabilidad.....	255
Francisco Rodríguez Pulido y Nayra Caballero Estebaranz	
II.II Centros de rehabilitación laboral	267
II.II.I Los centros de rehabilitación laboral y	269
la empleabilidad: La experiencia de Madrid	
Abelardo Rodríguez González	
II.III Empresas sociales. Centros especiales de empleo	299
II.III.I El empleo como estrategia para la recuperación.....	301
de personas con trastornos mentales graves.	
La experiencia de Andalucía	
Marcelino López Álvarez, Sergio González Álvarez y Rafael Cía González	
II.III.II Salud mental y empleo en Francia: Situación actual,	331
desarrollo de una innovación en Lille	
Jean-Luc Roelandt, Philippe Trouiller, Elizabeth Duhal, Mathilde Guernut	
II.IV Cooperativas sociales	
II.IV.I El empleo en la salud mental y las cooperativas.....	343
sociales: Experiencias, investigaciones y recomendaciones de Italia	
Roberto Mezzina	

AGRADECIMIENTOS

Excmo. Cabildo insular de Tenerife.

Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife (IASS).

Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife
(PIRP). Área de salud.

Sociedad Insular para la promoción de las personas con discapacidad
(SINPROMI).

A todo el equipo de apoyo individualizado al empleo (EAIE).

Todos los profesionales de la red pública de salud mental del Servicio
Canario de Salud.

A todas las personas usuarias, familias y empresas colaboradoras.

Prólogo

LA RESPONSABILIDAD COMUNITARIA CON LA CIUDADANÍA, como centro de cualquier sistema, plan y acción, necesita del cambio de lenguaje y narrativa sobre la salud mental. El modelo actual, desde una visión pública y social de la salud, enfatiza que la salud mental es asunto de todas las personas, que los entornos deben ser modificados para promover la igualdad de oportunidades y que los principios que rigen la vida con las personas usuarias de salud mental, no son diferentes al resto de la población.

La mejora de la atención de la salud mental exige la eliminación de las formas de tratamiento anticuadas o dañinas, superar el aislamiento, así como los estigmas o prejuicios socialmente asignados a las personas con problemas de salud mental, dirigiendo la labor hacia los modelos que proporcionen su conexión y participación social.

En esta línea y desde Cabildo Insular de Tenerife trabajamos por la inclusión de las personas con problemas de salud mental, apostando por la superación del modelo terapéutico-asistencial de la discapacidad y desarrollando nuevos enfoques, que proporcionan los recursos necesarios para el ejercicio y control de la propia vida.

El empleo es un derecho, que facilita a las personas la autonomía, construir un futuro y beneficiarse de los avances de la humanidad. La experiencia desarrollada por la Sociedad Insular para la Promoción de las Personas con Discapacidad, Sinpromi, en el diseño de programas de integración laboral y particularmente, en aquellas personas con especiales dificultades de inserción, promueve que desde el año 2003 esta Sociedad asuma la gestión de los Equipos de Apoyo Individualizados al Empleo, establecidos dentro del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial. Un recurso novedoso y especializado, destinado a la integración al empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno de larga duración y que ha demostrado su eficacia en la mejora psicológica y social de las personas usuarias y en la confianza de las empresas para facilitar su acceso laboral.

Este Programa social de trabajo en red, hoy consolidado, nos ha llevado a trasladar nuestra experiencia e intercambiar buenas prácticas en materia de salud mental, con diferentes instituciones, profesionales y personas usuarias, dentro y fuera del territorio nacional, contenidas en este documento que presentamos. Este trabajo técnico reúne los estudios y las conclusiones expuestas en la *“I Jornadas de Empleo, Trastorno Mental y Discapacidad: Las experiencias en el Sur de Europa”* (2018), organizadas por el Cabildo Insular de Tenerife, a través de Sinpromi y el Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria, mediante el diseño estratégico del Plan

Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria, dependiente del Servicio Canario de la Salud y la Universidad de la Laguna.

A través de este trabajo, ponemos en sus manos el conocimiento de valiosas experiencias de salud mental y los desarrollos en diferentes lugares del mundo, seguros que contribuirán al avance social y al impulso de nuevas acciones de normalización, que faciliten la recuperación de las personas con problemas de salud mental y su plena inclusión en la sociedad.

Marian Franquet Navarro

Consejera de Acción Social, Participación Ciudadana y Diversidad.

Cabildo Insular de Tenerife.

I. Consideraciones generales

I.I Recuperación en el ejercicio de la ciudadanía

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO Y ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL han realizado un largo viaje en la historia, con sus aciertos y errores. El proceso de desinstitucionalización y el desarrollo de la atención basada en la comunidad han adoptado como principales objetivos de la política de salud mental para más de la mitad de los países de la UE. Pero hace falta ofrecer un paso más: su vínculo a los derechos humanos, la subjetividad, y la intersubjetividad.

Se han logrado avances significativos en toda Europa en la transición de la atención institucional a la atención comunitaria para personas con trastornos mentales graves. Sin embargo, el progreso ha sido muy desigual entre los países y para muchos aún queda por hacer, para crear redes de servicios de salud mental integrados y poder brindar una atención de buena calidad, socialmente inclusiva y participada.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, reconocida y asumida por nuestro país es un instrumento internacional de derechos humanos que busca proteger y asegurar los derechos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad en condiciones de igualdad con todos los derechos humanos. Busca superar las brechas de participación que suponen desafíos para que todas las personas disfruten plenamente de sus derechos.

Esta convención garantiza el derecho de todas las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones y oportunidades con los demás, igualdad de remuneración por un trabajo de igual valoren entornos laborales abiertos e inclusivos y accesibles a todas las personas con discapacidad.

Pero lo novedoso sería una nueva revolución capaz de desarrollar los derechos humanos, la recuperación con nuevas formas organizativas y de cuidados en la comunidad basados en la proximidad de relaciones no jerárquicas. Mientras que el desempleo está claramente vinculado a problemas de salud mental, el empleo puede mejorar la calidad de vida, la salud mental, las redes sociales y la inclusión social.

Basándose en una variedad de pruebas de investigación y orientación legislativa, se ha propuesto soluciones viables ya experimentadas (Knapp et al., 2015). Se considera la necesidad de que el personal y los servicios de salud mental se involucren en la provisión de nuevas orientaciones facilitadoras de derechos y de construcción de comunidad. Se destaca la potencia del empleo como vehículo para los derechos, la inclusión social y la pertenencia comunitaria de las personas en sus procesos de recuperación.

Esto ocurre en un contexto de crisis social y económica y del paradigma bio-médico, en su cuestionamiento de la validez del DSM- V y después de la década del cerebro. El reduccionismo decimonónico epistémico no ha producido los resultados esperados por sus patrocinadores y defensores para el logro hasta la fecha de un marcador biológico. Nos sumamos al esfuerzo de investigación como las experiencias, la biografía personal, los entornos y la cultura que atraviesa la piel, y alteran la expresión genética, la neuroquímica y los circuitos neuronales, sin idealización del cerebro y considerando las voces de las personas. Nuevas alternativas están surgiendo desde una visión crítica.

Esto requiere profundizar en unas orientaciones centradas en las experiencias vividas, y dar voz a los personas mediante una serie conjunta e integradora de acciones, como las descritas a continuación:

RECUPERACIÓN

Aunque es frecuente señalar en los textos de Psiquiatría, a mi entender algo forzado el tratamiento moral como origen del movimiento de la Recuperación, en nuestra opinión, hay hechos mas cercanos y recientes, como la aparición de estudios cuantitativos y cualitativos en los años ochenta y posteriormente. *Estudios de seguimiento* a largo plazo contradicen la evolución de la esquizofrenia según Kraepelin (1902) y Bleuler (1950), observando una *Recuperacion parcial o total en sentido clínico y funcional, con un curso heterogéneo y variedad de resultados* (Huber et al., 1980; Harding, 1986; Harding et al 1987a, Harding et al 1987b; Harding et al. 1987c; Harding et al., 1987d; Harding et al., 1989; Leonhardt et al. 2017) frente a una evolución que invariablemente conducía al deterioro, y en los años 80 y 90 el Movimiento de sobrevivientes, consumidores y primera persona cuestionan el concepto de enfermedad mental, tratamiento obligatorio y pensamiento deficitario (O'Hagan, 2012; O'Hagan, 2008; Slade, 2007; Deegan, 1996; Davidson et al, 1997; Anthony, 1993; Davidson et al., 1992; Deegan, 1988; Davidson et al., 1987). De un acúmulo de circunstancias sucedió un salto cualitativo en la mirada, que en muchas cuestiones, vuelve abrir el debate social del papel y el rol de la Psiquiatría, al colocar a los usuarios, por primera vez, su propia voz de forma organizada. Este hecho hace

mover muchas conciencias, merece su atención y condicionará los desarrollos de las formas y contenidos la atención en salud mental en este siglo.

No en todos los países la palabra recuperación se traduce con el mismo significado, sobre todo, los de habla alemana *Genesung* “convalecencia” o empoderamiento “conformidad” y en Asia, significa “prestar *más* atención a la conexión familiar y la espiritualidad y menos énfasis en la independencia y la responsabilidad personal”. Es una palabra con doble significado o de varias maneras, un concepto polivalente. Y para otros, un término ubicuo y vaguedad. Y la Recuperación, no es una atención centrada en la persona, ni se fundamenta en la resiliencia. Estos serían modelo mutilados de la Recuperación. La Recuperación se fundamenta en un sentido de propósito y satisfacción vital muy vinculado a la identidad, lo biográfico y lo contextual.

En la década de 1990, varios sistemas estatales de salud mental, declararon que sus sistemas de prestación de servicios se basaban en la visión de la recuperación. Una visión de recuperación del servicio se basa en la idea de que las personas pueden recuperarse de una enfermedad mental y que el sistema de prestación de servicios debe construirse sobre la base de este conocimiento. En el transcurso de los años se han ido ultimando diversas reflexiones críticas sobre esta visión: 1. De un vino en botellas nuevas (Davidson, 2005); 2 Una manifestación del neoliberalismo para no adquirir compromisos con la salud Mental (Rosen, 1996, Rose 2018); 3. La recuperación individual forma parte de una filosofía cultural que promueven el individualismo, la responsabilidad personal y la independencia competitiva (Adeponle et al., 2012; Harper & Speed, 2013) 4. La visión “dulcificada” o profesionalizada incorporado al discurso médico e institucional actual (Hunt y Resnik et al., 2015).

Por el contrario, Hunt y Resnick (2015) observaron, la recuperación como “el grito de guerra de la reforma de la atención de salud mental del siglo XXI. Somos de la opinión que lo que necesitamos es comprender a) lo que se necesita para recuperarse, o si se prefiere, para tener bienestar subjetivo como seres humanos. b) Explicarnos y conocer el proceso recuperación en un marco biográfico y contextual que lo condiciona pero no lo determina. c) Una teoría fundamentada de la recuperación probablemente nutrida de diferentes marcos teóricos basada en la complejidad humana. d) El monitoreo de resultados cualitativos, y la medición y el análisis de datos como componentes centrales para comprender el efecto diferenciado de los programas, las actividades y las políticas. e) Una práctica clínica rutinaria orientada en la experiencia y evidencia que sea emancipadora, que permita a los sujetos incrementar su homeostasis hedónica y satisfacción vital.

El acercamiento a la Recuperación es más complejo de lo que a simple vista pudiera parecer. El mismo puede realizarse desde diferentes modelos, que escapan a esta capítulo, pero que resumimos a continuación: Modelo Individual (resultados y

procesos: Modelo Relacional Contextual (Rhys Price-Robertson et al., 2016); Modelo Social (Marino, 2015; Mezzina et al., 2006; Mezzina et al., 2020; Topor et al., 2011; Topor et al., 2012); Modelo de la justicia social (Hunt y Resnick, 2015) o de la identidad política colectiva de consumidores de salud mental (Harper & Speed, 2013) y Modelo de Recuperación Culturalmente Sensible (Jacobson y Farah, 2012; Jacobson, Farah, y la Comunidad de Prácticas de Recuperación y Diversidad Cultural de Toronto, 2010). El más difundido y elaborado es el modelo de la Recuperación personal.

La recuperación se ha convertido en la orientación establecida con reconocimiento institucional dentro de la política y la provisión de salud mental en varios países y continentes como Reino Unido, EE.UU, Austria, Canadá y varios países de Europa. En estas décadas la diferencias entre la Recuperación personal y la Recuperación clínica tradicional se han ido desarrollando, así como, sus relaciones y sus diferencias. Así mismo, en la orientación de la recuperación se superponen en los cursos la psicología positiva (Slade, 2010), la resiliencia (Howell, et al. 2012), el autocontrol (Lieberman et al. 2009), la atención clínica centrada en la persona (Mezzich et al., 2009; Mezzich et al. 2016) y la orientada a los servicios (Anthony et al., 2000).

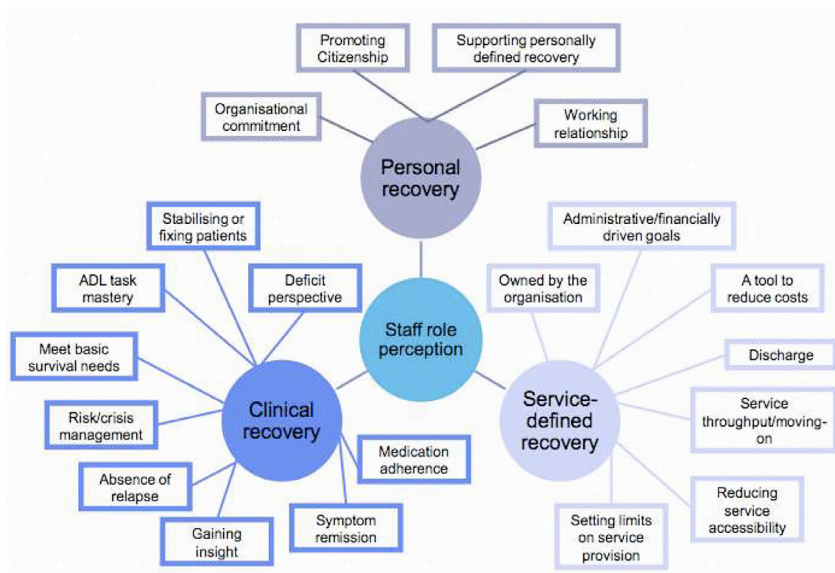
La Recuperación clínica incluye la remisión de los síntomas y la mejora funcional. El Grupo de Trabajo sobre Remisión en la Esquizofrenia (GTRE) define la remisión como mejoras en los signos y síntomas centrales en la medida en que son de una intensidad tan baja que ya no interfieren significativamente con el comportamiento (Andreasen et al. 2005). Los criterios operativos incluyen una puntuación leve o menor en elementos específicos de una escala de síntomas durante un período de 6 meses, por ejemplo, la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) o la Escala de Calificación Psiquiátrica Breve (BPRS). El GTRE describe que la recuperación, además de estar relativamente libre de psicopatología relacionada con la enfermedad, implica la capacidad de funcionar en la comunidad, social y vocacionalmente. El RSWG afirma que la recuperación es un fenómeno más exigente y de más largo plazo que la remisión y que la remisión es un paso necesario pero no suficiente hacia la recuperación. Además, el RSWG escribe que el consenso sobre los criterios operativos para la recuperación, en particular, la cognición o el funcionamiento psicosocial, se consideró fuera de su alcance, porque se necesita más investigación sobre este tema (Andreasen et al. 2005). Otros autores también han incluido vivir de forma , tener amigos (Lieberman, et al., 2002) y puntuaciones > 65 en la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) a los criterios de recuperación clínica (Torgalsbøen, 2013).

En el pasado, los sistemas de salud mental se basaban en la creencia de que las personas con enfermedades mentales graves no se recuperaban y que el curso de su enfermedad era esencialmente un curso de deterioro o, en el mejor de los casos, un curso de mantenimiento. A medida que los sistemas se esfuerzan por crear nuevas

iniciativas consistentes con esta nueva visión de la recuperación, se necesitan nuevos estándares del sistema para guiar el desarrollo de sistemas de salud mental orientados a la recuperación. Con base en la investigación de iniciativas de sistemas anteriores y el consenso actual sobre las prácticas y principios de recuperación aceptados, se sugiere un conjunto de estándares de sistemas que se centran en la recuperación para guiar los desarrollos futuros del sistema. La percepción de los roles staff es muy diferente dependiendo de la naturaleza de su concepción de la naturaleza de la recuperación, como ha evidenciado el proyecto REFOCUS (Slade et al, 2011; Slade,2017). Las conceptualizaciones del rol del personal de la práctica orientada a la recuperación se dividieron en tres subcategorías: Recuperación clínica; Recuperación personal; y recuperación definida por el servicio (Figura 1).

FIGURA 1

Percepciones del personal: marco de codificación para las conceptualizaciones del personal de la práctica orientada a la recuperación.



Fuente: Slade et al., (2017). REFOCUS: developing a recovery focus in mental health services in England. Nottingham: Institute of Mental Health.

La recuperación personal se ha definido como “un proceso de cambio único y profundamente personal ...una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad a un proceso que implica el desarrollo de un nuevo significado o propósito en la vida” (Antony, 1993). La Recuperación personal es posible incluso en presencia de un trastorno mental. El concepto de recuperación fue concebido por y para personas con proble-

mas de salud mental para describir sus propias experiencias y viajes y para afirmar la identidad personal más allá de las limitaciones del diagnóstico.

El movimiento de recuperación comenzó en la década de 1970 principalmente como un movimiento de derechos civiles destinado a restaurar los derechos humanos y la plena inclusión comunitaria de las personas con problemas de salud mental. Los enfoques de recuperación son vistos por el movimiento de consumidores como una alternativa al modelo médico con su énfasis en la patología, los déficits y la dependencia. No existe una descripción o definición única de recuperación porque la recuperación es diferente para todos. Sin embargo, para todos los paradigmas de recuperación son fundamentales la esperanza, la autodeterminación, la autogestión, el empoderamiento y la promoción. También es fundamental el derecho de una persona a la plena inclusión y a una vida significativa de su propia elección, libre de estigma y discriminación. Algunas de las características de la recuperación que se citan comúnmente son las siguientes: un viaje único y personal, un proceso humano normal, una experiencia continua y no hay un punto final o una cura, un viaje que rara vez se realiza solo, no lineal, frecuentemente intercalado con logros y retrocesos.

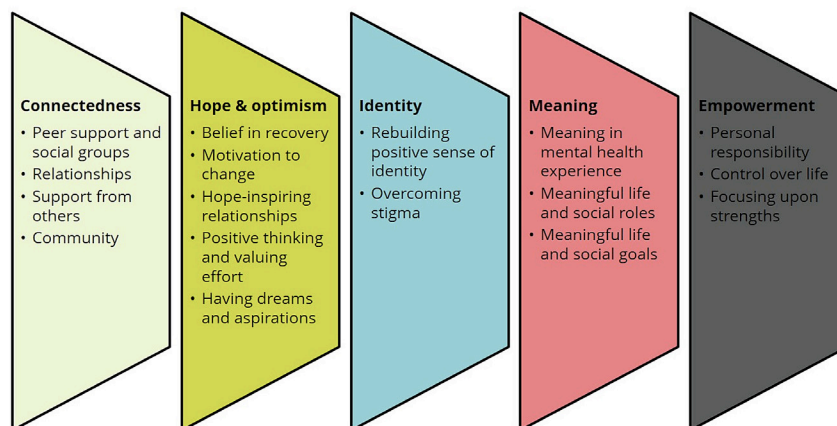
La recuperación es una lucha para muchas personas. La lucha puede deberse a la gravedad de los síntomas, los efectos secundarios de la medicación, el dolor y el trauma actual o pasado, las circunstancias socioeconómicas difíciles o la experiencia de utilizar los servicios de salud mental. Los profesionales también pueden tener dificultades como resultado de las limitaciones de su entorno laboral o cuando sienten la desesperación de una persona (Davidson y Roe 2007). La recuperación personal se define dentro de este marco como “ser capaz de crear y vivir una vida significativa y contribuyente en una comunidad de elección con o sin la presencia de problemas de salud mental”.

Los enfoques de recuperación serán diferentes dependiendo de dónde se encuentre una persona en su viaje de recuperación. La recuperación como un proceso multidimensional y no lineal requiere de varios componentes (Leamy et al., 2011). Una revisión sistemática reciente y una síntesis narrativa de descripciones y modelos de recuperación señaló que el enfoque “ha sido conceptualizado como una visión, una filosofía, un proceso, una actitud, una orientación de vida, un resultado y un conjunto de resultados (Leamy, et al., 2011). Los autores identificaron cinco “procesos de recuperación que tienen la relevancia más próxima a la investigación y la práctica clínica, conectividad; esperanza y optimismo sobre el futuro; identidad; significado en la vida; y empoderamiento (CHIME)”, y recomendó el desarrollo y la evaluación de intervenciones que podrían apoyar estos procesos. El marco conceptual se desarrolla sobre estos ingredientes, cinco cosas que se considera que todas las personas necesitan en sus vidas, sin importar quiénes sean, cuántos años tengan o de dónde sean. Los llamamos los factores CHIME.

TABLA I

*Categorías y subcategorías del marco de codificación deductivo (CHIME)
tomado de Leamy et al.2011.*

The CHIME framework for personal recovery



Colectividad: Tener buenas relaciones y estar conectado con otras personas de manera positiva. Caracterizado por: apoyo de pares y grupos de apoyo; apoyo de otros; comunidad.

Esperanza y optimismo: Tener esperanza y optimismo de que la recuperación es posible y las relaciones que la apoyan. Caracterizado por: motivación para cambiar; pensamiento positivo y valoración del éxito; tener sueños y aspiraciones.

Identidad: Recuperar o redefinir un sentido positivo de sí mismo e identidad y superar el estigma.

Significado y propósito: Vivir una vida significativa y con propósito, según la definición de la persona (no los demás). Caracterizado por: significado en 'experiencia de enfermedad' mental; calidad de vida, espiritualidad; objetivos y roles sociales y de vida significativos.

Empoderamiento: Tener control sobre la vida, centrarse en las fortalezas y asumir la responsabilidad personal.

Bird et al (2014) al validar por el análisis inductivo como el deductivo el marco conceptual, con las categorías superiores Conexión, Esperanza y optimismo, Identidad, Significado y propósito y Empoderamiento (CHIME) evidentes en el análisis, informó que tres áreas de diferencia fueron evidentes en el análisis inductivo, estas fueron: el apoyo práctico, un mayor énfasis en cuestiones relacionadas con

el diagnóstico y la medicación; y escepticismo en torno a la recuperación. Concluyó que el marco conceptual de la recuperación personal proporciona una base teórica defendible para fines clínicos y de investigación que es válida para su uso con los usuarios actuales. Sin embargo, las tres áreas de diferencia enfatizan aún más la naturaleza individual de la recuperación y la necesidad de una comprensión de la población y el contexto investigado.

En los últimos años, los servicios y programas de salud mental en toda Australia han adoptado diferentes modelos para ayudar al personal a comprender los procesos de recuperación personal y cómo pueden permitir y apoyar la recuperación personal. Si bien este nuevo marco nacional no busca estandarizar el uso de modelos particulares, los siguientes modelos se destacan como ejemplos útiles.

Andresen, Oades y Caputi (2003, 2006 y 2011) :

Al estudiar los relatos personales de la recuperación, este equipo australiano de investigadores desarrolló un modelo conceptual de procesos de recuperación para orientar la investigación y la capacitación y para informar las prácticas clínicas. El equipo identificó cuatro procesos relacionados con la recuperación personal. 1. Encontrar y mantener la esperanza: creer en uno mismo; tener un sentido de agencia personal; optimista sobre el futuro. 2. Restablecimiento de una identidad positiva: incorpora problemas de salud mental o enfermedad, pero conserva un sentido positivo de sí mismo. 3. Construir una vida significativa: dar sentido a la enfermedad o la angustia emocional; encontrando un significado en la vida más allá de la enfermedad; comprometido con la vida. 4. Asumir la responsabilidad y el control: sentirse en control de la enfermedad y la angustia y en control de la vida.

Glover (2012):

El modelo de Glover refleja los esfuerzos que las personas realizan en sus viajes de recuperación personal a través de un conjunto de cinco procesos:

- *De un sentido de sí mismo pasivo a uno activo*: pasar de la posición pasiva de ser un receptor de servicios a reclamar las fortalezas, atributos y habilidades de uno mismo para restaurar la recuperación.
- De la desesperanza y la desesperación a la esperanza: pasar de la desesperanza y la desesperación a uno de esperanza.
- *Del control de otros al control personal y la responsabilidad*, pasando de que otros asuman la responsabilidad de la recuperación recae en la persona que asume, mantiene y retiene la responsabilidad.
- *De la alienación al descubrimiento*: encontrar significado y propósito en el viaje, haciendo más de lo que funciona y menos de lo que no funciona, aprender de experiencias pasadas e incorporar esa lección al presente, reconocer que los viajes siempre tienen algo que enseñarnos y contribuir a nuestro sentido de descubrimiento.

- *De la desconexión a la conexión*: pasar de una identidad de enfermedad o discapacidad a una apreciación de los roles y responsabilidades personales y a participar en la vida como un ciudadano pleno y no por la impotencia de la enfermedad.

Al igual que con el modelo desarrollado por Andresen, Oades y Caputi, este modelo de recuperación personal enfatiza la responsabilidad personal y el control personal.

Este es un concepto desafiante para los trabajadores en profesiones de ayuda y cuidado. Su impulso es “hacer por otro” que experimenta angustia, dolor, enfermedad o discapacidad. Sin embargo, constantemente “hacer por otro” puede contribuir a un estado de impotencia e incapacidad. Un enfoque de recuperación alienta a las personas a asumir un papel activo y reclamar la responsabilidad de la dirección de su vida (Glover 2012).

Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams y Slade (2011):

Este estudio analizó 30 documentos internacionales para identificar las características clave de la orientación práctica orientada a la recuperación. Los investigadores desarrollaron un marco conceptual general para ayudar a traducir la guía de recuperación en la práctica. En cuanto a los procesos de recuperación de las personas, este equipo de investigación identificó procesos similares, pero redactados de manera diferente a los propuestos por Andresen, Oades y Caputi y por Glover.

La recuperación implica mucho más que la recuperación de la propia enfermedad. Las personas con trastornos mentales pueden tener que recuperarse del estigma que han incorporado a su propio ser, de los efectos iatrogénicos de los entornos de tratamiento, de la falta de oportunidades recientes para la autodeterminación, de los efectos secundarios negativos del desempleo; y de sueños aplastados. La recuperación es a menudo un proceso complejo y que requiere mucho tiempo. Pat Deegan describió su recuperación de la siguiente manera: su médico le dijo que había tenido éxito en su tratamiento cuando estaba muy medicada, no podía concentrar su pensamiento y fumaba cigarrillos frente a la televisión todo el día, pero quería una vida plena. Aprendió a vivir con menos medicamentos y algunos síntomas, regresó a la universidad y a la escuela de posgrado y se convirtió en una exitosa psicóloga, esposa y madre (Deegan, 1998). Las personas con trastornos mentales suelen expresar metas más modestas pero igualmente significativas. Quieren un apartamento seguro; un trabajo a tiempo parcial; y la oportunidad de conocer gente, tener amigos, contribuir a la sociedad y participar en la vida comunitaria que viene con un trabajo y unos ingresos modestos. También valoran los beneficios secundarios: una identidad positiva, una estructura actual, una mayor autoestima, amigos en el trabajo, menos interacción con el sistema de salud mental y una reducción del estigma personal y social, beneficios que no suelen seguir a la hospitalización, polifarmacia o tratamiento involuntario.

El conocimiento sobre la recuperación personal se basa principalmente en las historias individuales y las percepciones resultantes de aquellos con experiencias vividas de angustia psicológica (Deegan, 1988). El intercambio de historias individuales fue fundamental para los movimientos de sobrevivientes psiquiátricos y dirigidos por usuarios que se originaron en las décadas de 1960 y 1970 (Morrison, 2013). Las historias de angustia psicológica y recuperación enfatizaron el empoderamiento y la autodeterminación (Kirkpatrick et al., 2009). Oídos colectivamente, permitieron a sobrevivientes y usuarios construir solidaridad e inspirar esperanza frente al estigma generalizado, la discriminación y la negación de derechos (Rhodes et al., 2014). La visión individualista enfatiza fuertemente la autosuficiencia, la responsabilidad y la autonomía, al tiempo que minimiza la experiencia colectiva, los determinantes estructurales de la salud y los contextos relacionales de las vidas de las personas.

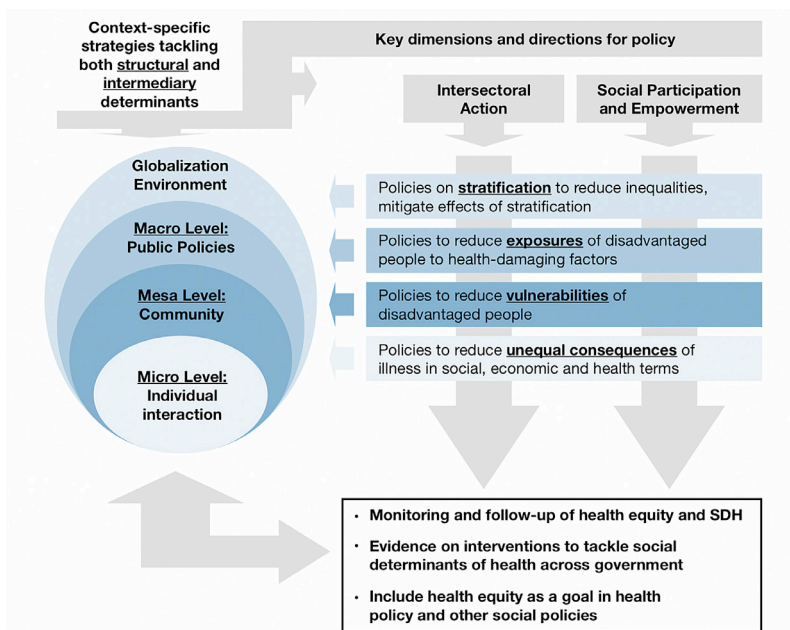
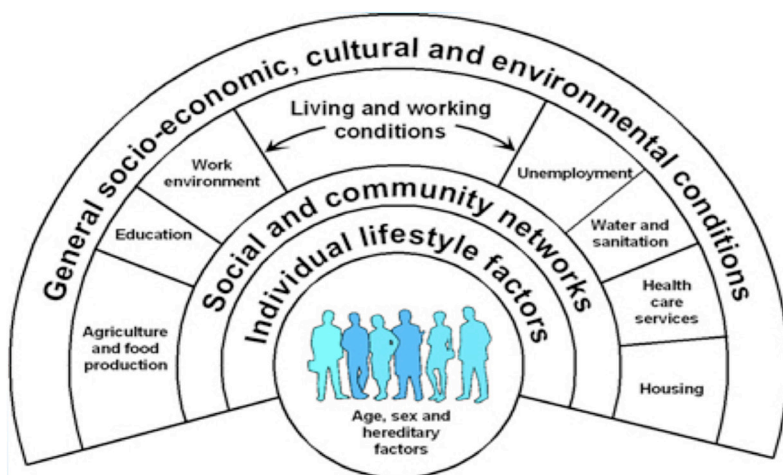
Consideramos que la Recuperación personal es una visión individualista que mantiene un límite facticio entre el mundo “interno” de la experiencia emocional y cognitiva, y el mundo “externo” de los contextos interpersonales. La voluntad de recuperación de los individuos se pone en primer plano mientras que los recursos, relaciones, espacios y objetos variados involucrados en este proceso retroceder al fondo (Duff, 2016). Nosotros partimos de un marco teórico sobre la producción social de salud y enfermedad. Con este encuadre general en mente, el desarrollo de un marco conceptual sobre determinantes sociales de la salud debe tomar nota de las teorías específicas de la producción social de la salud (figura 2 y 3). La OMS (2010) ha revisado tres explicaciones teóricas principales no excluyentes entre sí: (1) enfoques psicosociales; (2) producción social de enfermedad / economía política de la salud; y (3) marcos eco-sociales. Estas tres tradiciones teóricas utilizan las siguientes vías y mecanismos principales para explicar la causalidad: (1) “selección social” o movilidad social; (2) “causalidad social”; y (3) perspectivas del curso de la vida. Cada una de estas teorías y vías y mecanismos asociados enfatizan fuertemente el concepto de “posición social”, que se encuentra que juega un papel central en los determinantes sociales de las inequidades en salud. Una explicación muy convincente de cómo las diferencias en la posición social explican las inequidades en salud se encuentra en el modelo de Diderichsen de “los mecanismos de desigualdad en salud”.

El trabajo de Diderichsen identifica cómo los siguientes mecanismos estratifican los resultados de salud: a) Los contextos sociales, que incluyen la estructura de la sociedad o las relaciones sociales en la sociedad, crean estratificación social y asignan a los individuos a diferentes posiciones sociales. b) La estratificación social, a su vez, genera una exposición diferencial a condiciones perjudiciales para la salud y una vulnerabilidad diferencial, en términos de condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales. c) La estratificación social determina asimismo las consecuencias diferenciales de la mala salud más y grupos menos favorecidos (incluidas las conse-

cuencias económicas y sociales, así como los resultados diferenciales de salud per se). El papel de la posición social en la generación de inequidades en salud requiere un papel central para otras dos aclaraciones conceptuales.

FIGURAS 2 Y 3

World Health Organization Geneva. A Conceptual Framework For Action On the Social Determinants of health .2010.



Primero, el papel central del poder. Si bien las conceptualizaciones clásicas del poder equiparan el poder con la dominación, estas también pueden complementarse con lecturas alternativas que enfatizan aspectos más positivos y creativos del poder, basados en la acción colectiva incorporada en las demandas de clase del sistema legal.

En este contexto, los derechos humanos encarnan una demanda por parte de las comunidades oprimidas y marginadas de la expresión de su poder social colectivo. El papel central del poder en la comprensión de las vías y los mecanismos sociales significa que abordar los determinantes sociales de las inequidades en salud es un proceso político que involucra tanto a la agencia de las comunidades desfavorecidas como a la responsabilidad del Estado. En segundo lugar, es importante aclarar la distinción conceptual y práctica entre las causas sociales de la salud y los factores sociales que determinan la distribución de estas causas entre grupos más y menos favorecidos. Sobre este segundo punto de aclaración, la combinación de los determinantes sociales de la salud y los procesos sociales que dan forma a la distribución desigual de estos determinantes puede inducir a error grave en la política. En las últimas décadas, las políticas sociales y económicas que se han asociado con tendencias agregadas positivas en los factores sociales determinantes de la salud (por ejemplo, los ingresos y el nivel educativo) también se han asociado con desigualdades persistentes en la distribución de estos factores entre los grupos de población. Además, los objetivos de las políticas se definen de manera bastante diferente, dependiendo de si el objetivo es abordar los determinantes de la salud o los determinantes de las inequidades en salud.

No solo nos define nuestra naturaleza social sino la subjetividad. La fenomenología, el estudio sistemático de la estructura de la experiencia, ha sido fundamental para la teoría psiquiátrica desde sus inicios debido a la necesidad de caracterizar claramente las experiencias extrañas (“extraterrestres”) que son el sello distintivo de la psicopatología (Stanghellini & Fuchs, 2013). La fenomenología también puede contribuir de manera esencial al proceso de comprensión empática: la capacidad de reconocer a los demás y encontrarlos en el nivel de su subjetividad y preocupaciones más íntimas. Por tanto, una apreciación fenomenológica de la experiencia de la enfermedad es básica para la teoría y la práctica psiquiátricas (figura 4 y 5). Desafortunadamente, el movimiento para operacionalizar los criterios de diagnóstico en el DSM-III evacuó gran parte del contenido de la fenomenología clínica (Andreasen, 2007). Las experiencias de enfermedad de los pacientes se sacaron de contexto y se redujeron a listas de verificación de síntomas y signos que se contabilizaron para hacer un diagnóstico. El entrenamiento psiquiátrico siguió su ejemplo, por lo que los médicos tenían menos interés en las complejidades o detalles de las experiencias de los pacientes. Las experiencias complejas como las alucinaciones o los delirios se trataron simplemente como un indicador más de psicosis, relevante principalmente

para el diagnóstico diferencial. Los detalles de contenido, calidad y relación con otros síntomas se trataron como secundarios o periféricos al tratamiento. Gran parte del trabajo reciente, muestra cómo la atención renovada a la fenomenología y la base de la subjetividad y la experiencia de la enfermedad en el contexto personal y social tiene implicaciones epistemológicas, éticas y pragmáticas para la psiquiatría.

FIGURA 4

Neurofenomenología cultural.

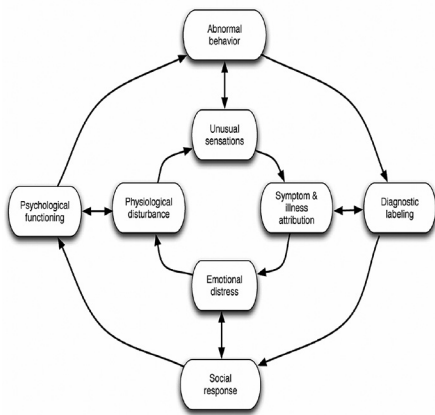
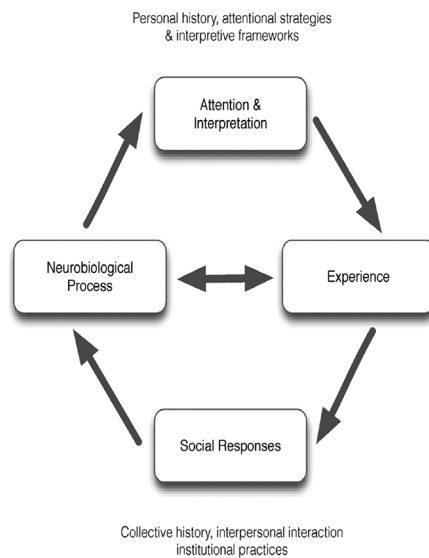


FIGURA 4

Procesos de bucle que amplifican o mantienen los trastornos mentales.



En esta consideración, la recuperación *es un proceso social* (Mezzina et al., 2006; Tew et al., 2011). Es necesario un proceso social para convertirse en ciudadanos de las propias comunidades de las personas, en lugar de ser “personas con problemas de salud mental” (Mezzina et al., 2006).

Los aspectos sociales de la recuperación se consideraron en los primeros estudios (Breier y Strauss 1984, Warner 2004), y en la últimas décadas se ha notado un renovado interés en la recuperación de análisis como un proceso social (Davidson et al., 2006; Borg y Davidson 2007; Tew et al. 2012). Un aspecto importante de estos estudios es su enfoque en las relaciones sociales (Topor 2001; Borg y Davidson 2007) y las relaciones útiles con profesionales en diferentes entornos (Denhov y Topor 2012; Borg y Kristiansen 2004; Topor y Denhov 2015). Estos estudios se basan principalmente en el conocimiento basado en la experiencia vivida de los usuarios y enfatizan la importancia de ser escuchados, vistos y respetados. Otras nociones que se mencionan habitualmente son empatía, interés y compro-

miso (Borg y Kristiansen 2004 ; Topor 2001). Así mismo se han realizado esfuerzos para medir la recuperación social. Se han utilizado medidas específicas en la evaluación de necesidades, la prestación de servicios y la evaluación de programas. Marino (2015) informo sobre la primera etapa de desarrollo de una medida de recuperación social, explorando los aspectos sociales de la recuperación según lo informado por personas con experiencia vivida. Se realizó un estudio cualitativo que utilizó un análisis temático de datos de grupos focales con 41 personas en recuperación. Surgieron tres metatemas de recuperación social: comunidad, auto-concepto y capacidades. Cada tema contenía una serie de subtemas relacionados con el sentido de pertenencia, la aceptabilidad inherente del yo y la capacidad para afrontar la angustia mental y participar socialmente.

Se concluyó que los participantes del estudio hablaron claramente sobre las necesidades humanas comunes de pertenecer, contribuir y tener esperanza en el futuro. Así mismo en el metanálisis realizado por Soundy et al.,(2015) realizan una revisión sistemática y síntesis temática en identificar los factores que influyen en la recuperación. Realizaron búsquedas en las principales bases de datos electrónicas desde el inicio hasta febrero de 2014. Se incluyeron artículos cualitativos que consideraron el concepto de recuperación de individuos con esquizofrenia, sus cuidadores o profesionales de la salud. Se evaluó la calidad metodológica y los estudios se sintetizaron temáticamente. Se incluyeron 20 artículos que involucraron a 585 personas con esquizofrenia, 298 cuidadores de atención primaria o fuentes cercanas de apoyo y 47 profesionales de la salud. Los resultados identificaron y detallaron los factores y procesos psicosociales que influyeron en la recuperación. Los factores que promovieron la recuperación incluyeron: (1) adaptación, afrontamiento y reevaluación (2) respuesta a la enfermedad (3) apoyo social, relaciones cercanas y pertenencia. Los factores que desafiaron la recuperación incluyeron: (1) interacciones negativas y aislamiento (2) barreras internas (3) incertidumbre y desesperanza.

Un fenómeno recurrente en estos estudios es el papel especial de las “pequeñas cosas”. Estas “pequeñas cosas” no son parte de un procedimiento de tratamiento; no están destinados a tener un impacto en los problemas de la persona ni a contribuir a su proceso de recuperación. Esta descripción paradójica constituye el punto de partida del estudio de Topor et al.,(2018) quienes señalan que pueden encontrarse pequeñas cosas en los estudios de recuperación en dos contextos. El primero es en la vida cotidiana, como en Davidson et al. (2006): “Esta sensación de dominio puede provenir de experiencias aparentemente triviales de poder encender y apagar la radio”. El segundo es parte de la interacción entre la persona y un profesional. A pesar de la importancia que se les da en los procesos de recuperación, carecemos de una visión general sobre qué son estas pequeñas cosas y cómo

funcionan. Pertenecer, contribuir y tener esperanza: primera etapa de desarrollo de una medida de recuperación social.

También es relevante discutir cómo los objetos materiales influyen y participan en la vida de las personas y centrarnos en cómo ciertas cosas pueden actuar y contribuir a la recuperación de las personas. Las cosas materiales, según Beate et al.,(2020), tienen un impacto en la vida y los procesos de recuperación de las personas. Las cosas se convirtieron en agentes que crearon contextos (Hanghøj, 2005), estos contextos, constituidos por cosas, permitían a las personas actuar y moverse de la forma en que lo hacían. Los objetos que investigamos ilustraron cómo las cosas entraron en relaciones entrelazadas con los participantes y también las definieron. El teléfono móvil, el banco, la puerta y la llave pueden verse como actores que hicieron posible que las personas movieran algo que luego las formó y definió. Los diferentes objetos les dieron la capacidad de llevar vidas como ciudadanos comunes, algo que es un ingrediente importante en la recuperación social, ya que ser un ciudadano común es un objetivo a alcanzar y muy diferente a ser un paciente que vive con problemas de salud mental y necesita intervenciones médicas (Tew, 2013). Este hallazgo de Beate et al.,(2020) es particularmente importante para pasar de ser un enfermo mental a ser un ciudadano como cualquier otra persona (Topor et al., 2011). Los estudios muestran que algunas cosas, por ejemplo, una caja de medicamentos, pueden afectar a las personas de tal manera que se identifican a sí mismas, y son identificadas por otros, como personas enfermas (Larsen y Melhuus, 2016). Al mismo tiempo, otras cosas pueden afectar a las personas de tal manera que se identifiquen como ciudadanos, como el ejemplo con la llave de un lugar de trabajo que podría entenderse como un objeto que le dio al hombre con problemas de salud mental una identidad como ciudadano común.

Los factores sociales y las relaciones (Tew et al., 2012 ;Topor et al., 2006), así como los lugares (Duff, 2012;Myers, 2016:Duff, 2016) son dimensiones importantes en la recuperación. Como la investigación sugiere una comprensión multifacética de la recuperación, ha habido algunas críticas sobre la investigación y los servicios que se enfocan principalmente en el individuo, donde los factores sociales y contextuales juegan solo un papel secundario (Kogstad et al., 2011;Price-Robertson et al.,2017). De esto surge una imagen más clara de la importancia de factores sociales particulares, que comienza a definir una agenda más amplia y proactiva para el trabajo social en salud mental, con énfasis no solo en el trabajo con las personas, sino también en la participación de las familias y comunidades.Un área importante para el desarrollo es aprovechar las posibilidades de empoderamiento que brinda la implementación de modelos de apoyo autodirigido y presupuestos personales, que también podrían actuar como palanca para el desarrollo de servicios de apoyo mutuo

y gestionados por los usuarios. Tew et al, (2011) encontró que todos los artículos revisados se relacionan con uno o más de los aspectos sociales de la recuperación que surgieron de la revisión sistemática REFOCUS. Aproximadamente la mitad de los artículos abordan aspectos de la conexión y un tercio aborda cuestiones de identidad (principalmente desde la perspectiva del estigma), y menos de un quinto aborda explícitamente el empoderamiento. A continuación, se codificaron sobre la base de temas emergentes; consulte la Tabla 2.

TABLA 2

*Temas emergentes Factores Sociales y Recuperación.**Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties Page 5 of 18***Table 1** Emergent themes

Recovery processes	Empowerment	Identity	Connectedness
Emergent themes	(1) Self-efficacy	(1) Social identities	(1) Inter-personal relationships
	(2) Power together with others	(2) Discrimination (race, gender, etc.)	(2) Family/systems approaches
	(3) Strengths approach	(3) Mental illness stigma	(3) Social inclusion
	(4) Self-directed support	(4) Anti-stigma/anti-discriminatory interventions	(4) Occupation and employment
	(5) Peer-organised services		(5) Community development

Sin embargo, es importante asegurarse de que estos no solo brinden “refugios seguros” que miran hacia adentro, sino que formen parte de un tejido más amplio de inclusión social. Para esto es fundamental poner en primer plano las cuestiones de identidad, estigma y discriminación y encontrar formas en las que los usuarios del servicio, la familia, los amigos y los profesionales puedan trabajar en colaboración tanto para desafiar como para resistir el impacto corrosivo de la opresión social. Está claro que las relaciones son fundamentales para la recuperación y que las necesidades de las relaciones difieren de una persona a otra, por lo que debemos tener cuidado con los enfoques estandarizados y cualquier supuesto de que todas las relaciones o formas de inclusión social son necesariamente buenas para las personas. Sin embargo, apoyar el desarrollo de relaciones positivas está apoyando la recuperación, porque conecta a las personas con su mundo social. Para lograr esto, se requiere un cambio de paradigma fundamental de una práctica individualizada “orientada al

tratamiento” a una en la que trabajar con familiares y amigos y promover la inclusión social ya no sean extras opcionales. A su vez, esto requiere un compromiso teórico y práctico con perspectivas que se centren en permitir que las personas mantengan la mayor parte posible de sus identidades y conexiones de vida ordinaria, y minimizar los impactos sociales potencialmente negativos de la hospitalización y sumergirse en el mundo de la salud mental y servicios de salud.

Por tanto, la recuperación se ha enmarcado como un movimiento de derechos civiles (Davidson, 2011) y refleja otras formas de políticas de identidad en las que reclamar una voz para autorizar la propia historia es un acto emancipador central. Una preocupación central de Mad Studies, la disciplina académica que ha surgido en torno al movimiento de sobrevivientes / usuarios de servicios, es correspondientemente la producción de conocimiento basado en discursos colectivos de experiencia directa de la locura (LeFrançois et al., 2014). Compartir experiencias a través de historias se ha convertido en una práctica central dentro de la asistencia sanitaria basada en la recuperación (Spector-Mersel et al., 2018).

El énfasis por resignar los problemas clínicos en el contexto de la vida, resultando el malestar psíquicos de múltiples factores: empezando por la historia de cada sujeto de acuerdo a las vicisitudes familiares de los contextos vitales, condiciones socioculturales y circunstancias actuales con el foco en la dimensión subjetiva e intersubjetiva. Las teorías narrativas juegan papel relevante en el sentido descrito. Los temas comunes de las investigaciones cualitativas de la recuperación señalados por los propios usuarios son: la esperanza, poder asumir la responsabilidad de uno mismo, ser apoyado por otros, tener actividades significativas y establecer una identidad positiva (Mancini et al 2005, Davidson et al 2005: Andersen et al 2003).

La teoría narrativa puede ayudar a comprender la recuperación como procesos que se desarrollan a través de las actividades y experiencias de la vida cotidiana. En una narrativa, varios elementos como personas, actividades, eventos y contextos se unen en una historia coherente que transmite una posible trama o significado de la actividad humana (Polkinghorne, 1995). Una trama narrativa es un hilo temático relacionado con cuestiones importantes en la vida de las personas que pueden aclarar el significado de acciones o eventos separados, al conectarlos en la narrativa como un todo (Bruner, 1990 ; Polkinghorne, 1995). Las narrativas pueden ser contadas y representadas, y las actividades cotidianas pueden entenderse como parte de narrativas representadas en curso con finales abiertos, lo que implica oportunidades de curación y transformación (Mattingly, 1998). Además, la creación de significado narrativo representado se describe como un proceso continuo y creativo de creación de coherencia a través de la puesta a prueba de tramas de pensamientos y acciones que conectan las actividades y experiencias pasadas y presentes con nuestras ideas y deseos de escenarios futuros (Alsaker y Josephsson, 2010 ; Josephsson et al, 2006 ; Ri-

coeur, 1983). Por lo tanto, ver la recuperación como procesos de creación narrativa de significado inspira la exploración de cómo las personas, las actividades cotidianas, las experiencias, la esperanza y las visiones para el futuro, los lugares y los contextos pueden entenderse en relación entre sí y formar narrativas de recuperación.

Las narrativas de recuperación han jugado un papel vital en el establecimiento del paradigma de recuperación para los movimientos e individuos de sobrevivientes, y dentro de los servicios y políticas de salud mental. El intercambio de historias se ha utilizado para aumentar la empatía y la comprensión del personal sanitario (Deegan, 1993) y como mecanismo de apoyo entre pares (Morán et al.2012).Compartir la propia historia de recuperación se identificó como una tarea única para los trabajadores de apoyo entre pares en una encuesta nacional de EE. UU. (Cronise et al. 2016). Ofrece un medio para permitir que las personas le den sentido a su experiencia y se sientan escuchadas por los demás, a través, por ejemplo, del curso “Contar tu historia”, que se ofrece ampliamente en UK Recovery Colleges (Nurser,2018). Onken y sus colegas describen el derecho y la capacidad de definir las propias experiencias y externalizar los discursos dominantes negativos (Onken et al.2007) como el mecanismo principal de recuperación. Una revisión sistemática reciente (Rennick-Egglestone, et al.,2019) ha producido un marco conceptual de los impactos de las narrativas de recuperación en los receptores, identificando cinco tipos de impacto: conectividad; comprensión de la recuperación; reducción del estigma; validación de la experiencia personal; y respuestas emocionales y conductuales. Por lo tanto, las historias personales se han descrito como una “*tecnología de recuperación*” clave, que incorpora los valores asociados con la recuperación y proporciona un medio para realizar esos valores (Smith-Merry et al. 2011) y fundamenta los enfoques de recuperación dentro de las políticas y prácticas de salud mental (Onken et al.,2007; Spector-Mersel, et al.,2018). Se han desarrollado intervenciones para ayudar a las personas a escribir (Nurser et al.,2018) y contar (Scottish Recovery Network, 2009) sus propias historias, y se han elaborado directrices sobre cómo compartir narrativas de recuperación (Substance Abuse Mental Health Services Administration,2018; McAdams, 1993). Los profesionales (Sommer, 2003) han utilizado las narrativas de recuperación de otros como recurso, intervenciones de salud mental en línea (Williams et al.,2018) y campañas contra el estigma (Pinfold et al.,2003). Para los destinatarios, las narrativas de recuperación pueden proporcionar inspiración personal (Nurser et al.,2013) autenticar experiencias personales difíciles (Williams et al.,2013) o mitigar el aislamiento social (Shaw et al.,2015). También pueden contribuir a la angustia, p. ej. un receptor puede sentirse inadecuado si percibe que el narrador se ha recuperado “mejor” (Rennick-Egglestone et al.,2019).

A pesar de su amplio uso en la práctica de la salud mental y de la posibilidad de generar tanto beneficios como daños, ha habido una falta de claridad conceptual

y coherencia en la definición de las narrativas de recuperación (Llewellyn-Beardsley et al.,2020). Una comprensión más clara de sus características podría asegurar que el uso futuro de las narrativas en las intervenciones clínicas y la práctica proporcione el máximo beneficio y el mínimo daño a los receptores. Proporcionar claridad conceptual es una contribución que la investigación puede hacer a la práctica clínica.

Los ejemplos recientes incluyen marcos conceptuales (Jabareen, 2009), para el maltrato infantil (Curran et al.,2017), el aislamiento social (Wang et al.), y las vías hacia la atención de la salud mental (MacDonald et al.). Los autores han desarrollado previamente un marco conceptual para las narrativas de recuperación de la salud mental a través de una revisión sistemática y síntesis narrativa (Llewellyn-Beardsley et al.,2019). Los estudios incluidos usaron varios términos para describir tales narrativas, incluyendo ‘narrativas de enfermedad y recuperación’, ‘narrativas de usuario’, ‘historias de vida’ y ‘narrativas de angustia emocional’, pero estos no eran necesariamente conceptos sinónimos. La revisión sintetizó 45 estudios empíricos para producir un marco conceptual que comprende nueve dimensiones generales: género, posicionamiento (en relación con el sistema de salud mental), tono emocional, relación con la recuperación, trayectoria, uso de puntos de inflexión, secuencias narrativas, protagonistas y uso de la metáfora (Llewellyn-Beardsley et al.,2019), denominado aquí Marco conceptual de narrativas de recuperación (RNCF). También propuso la definición anterior de narrativas de recuperación, basada en las encontradas en los estudios incluidos (Hall et al.,2011; Thornhill, et al.,2004).

Si bien las narrativas de recuperación han sido fundamentales para el desarrollo del enfoque de recuperación en la salud mental. Sin embargo, ha habido una falta de claridad en torno a las definiciones. Un marco conceptual reciente caracterizó las narrativas de recuperación basadas en una revisión sistemática y síntesis narrativa de la literatura existente, pero se basó en una muestra limitada. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la relevancia del marco para las narrativas de poblaciones más diversas y desarrollar una tipología refinada destinada a informar el desarrollo de intervenciones, prácticas e investigaciones basadas en narrativas (Llewellyn-Beardsley 2020). Se realizaron 77 entrevistas narrativas con encuestados de cuatro subpoblaciones de salud mental poco investigadas en Inglaterra. Se utilizó análisis deductivo e inductivo para evaluar la relevancia de las dimensiones y tipos de la tipología preliminar para las narrativas de las entrevistas. Se identificaron cinco o más dimensiones dentro del 97% de las narrativas. Se refinó la tipología preliminar para incluir nuevas definiciones y tipos. Se encontró que la tipología no era relevante para dos narrativas, cuyos narradores expresaron una preferencia por la comunicación no verbal. Estos se presentan como estudios de caso para definir los límites de la tipología. La tipología refinada, basada en el estudio más grande hasta la fecha de narrativas de recuperación, proporciona una base teórica defendible para el uso clínico y de inves-

tigación con una variedad de poblaciones clínicas. Las implicaciones para la práctica incluyen asegurar una selección heterogénea de narrativas como recursos para apoyar la recuperación y desarrollar nuevos enfoques para apoyar la construcción narrativa no verbal.

En este sentido, en la revisión amplía la literatura sobre narrativas de recuperación de la salud mental, se ha sintetizando las diversas formas en que se han caracterizado para producir un marco conceptual (Llewellyn-Beardsley et al. 2019). Es necesario garantizar que las intervenciones narrativas de recuperación se utilicen para ampliar las opciones disponibles dentro de la narrativa de la recuperación en lugar de reducirlas. Los profesionales que utilicen intervenciones narrativas deberán considerar las posibles limitaciones de la forma, estructura y contenido de las herramientas ofrecidas. Los investigadores de narrativas de salud mental deben apuntar a aumentar la diversidad de poblaciones invitadas a contar su historia de recuperación. Se derivaron nueve dimensiones del análisis temático de las publicaciones incluidas, y cada dimensión contenía varios tipos. Los tipos no se presentan como discretos, afirman que más de uno puede estar presente dentro de una narrativa. La síntesis final se presenta como la Tabla 3. identificaron cuatro dimensiones relacionadas con la forma narrativa: Género, Posicionamiento, Tono y Relación con la Recuperación. La pregunta central común a las cuatro dimensiones es “¿qué tipo de historia es esta?”.

TABLA 3

Características de las narrativas de recuperación en salud mental.

by narrators. Nine publications (75%) cited Frank's genres of restitution, chaos and quest

Table 1. Characteristics of mental health recovery narratives.

SUPERORDINATE CATEGORY	NO.	DIMENSION	TYPES			
Form	1.	Genre	Escape	Enlightenment	Endeavour	Endurance
	2.	Positioning	Recovery within the system	Recovery despite the system	Recovery outside of the system	-
	3.	Emotional tone	Challenging	Disenfranchised	Reflective	Buoyant
			Shaken	Tragic	-	-
4.	Relationship with recovery	Recovered	Living well	Making progress	Surviving day-to-day	
Structure	5.	Trajectory	Upward spiral	Up and down	Horizontal	Interrupted
	6.	Use of turning points	Restorying	Change for the better	Change for the better or worse	-
			7.	Narrative sequence	Experience of distress/trauma	Turning point
Content	8.	Protagonists	Personal level	Socio-cultural level	Systemic level	-
	9.	Use of metaphor	Distress metaphors	Recovery metaphors	-	-

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678.t001>

Las narrativas de recuperación de la salud mental se han definido como relatos de experiencias vividas en primera persona de recuperación de problemas de salud mental que se refieren a eventos o acciones durante un período de tiempo y que incluyen elementos de adversidad o lucha, y también fortalezas y éxitos autodefinidos, o supervivencia. Están disponibles en forma invariable grabada, incluyendo texto, audio o video. Estudios anteriores han proporcionado evidencia de que recibir narrativas de recuperación registradas puede brindar beneficios a los destinatarios. Se realizan actualmente tres ensayos pragmáticos (Rennick-Egglestone et al.,2020) que se llevarán a cabo mediante el estudio Narrative Experiences Online (NEON) utilizando NEON Intervention, una aplicación web que ofrece narrativas de recuperación grabadas a sus usuarios. El objetivo del ensayo NEON es comprender si recibir narrativas de recuperación grabadas en línea a través de la intervención NEON beneficia a las personas con experiencia de psicosis y no psicosis

Asimismo se ha realizado estudio piloto (Miller et al.,2010) que examina los patrones de recuperación de los mentales graves en un modelo de sistema integrado de prestación de servicios utilizando medidas de la Escala de hitos de recuperación (MORS), una medida válida y confiable de los resultados de recuperación que varía de 1 a 8 (8 niveles).). Estos autores con propósitos de presentación, construyeron un MORS agregado (6 niveles) donde los niveles se describen de la siguiente manera: (1) riesgo extremo; (2) poco comprometido, pobre auto-coordinación; (3) comprometido, con poca auto-coordinación; (4) afrontamiento y rehabilitación; (5) recuperación temprana y (6) autosuficiencia. Analizando los datos de MORS sobre individuos seguidos a lo largo del tiempo desde The Village en Long Beach, California (658 observaciones). Con las cadenas de Markov, estimamos las probabilidades de transición origen-destino, simulando los resultados de recuperación durante 100 meses. Nuestros modelos sugieren que después de 12 meses solo el 8% de los clientes de “riesgo extremo” siguen siendo tales. Más del 40% se ha movido a “comprometidos, con poca auto-coordinación”. Después de 2 años, casi la mitad de los clientes iniciales de “riesgo extremo” son “afrontamiento / rehabilitación”, “recuperación temprana” o “Autosuficiente”. La mayoría de las ganancias ocurren en 2 años.

Por otro lado, en estas últimas décadas se ha realizado un esfuerzo por generar y validar sus instrumentos de medición. En consecuencia, se han diseñado varios instrumentos diferentes para evaluar los resultados orientados a la recuperación. Asimismo en la literatura internacional (Scheyett et al, 2013) se constata los esfuerzos por mejorar las evaluaciones de los componentes del proceso. En nuestro país, Penas et al (2019) realizaron una revisión sistemática de los dominios y los instrumentos utilizados para evaluar la recuperación personal y la orientación de los servicios de salud mental a la recuperación. Tras la revisión sistemática, los autores llevaron a cabo un proceso de selección de los instrumentos más adecuados teniendo en cuenta

diferentes criterios de adecuación, propiedades psicométricas y la validación a la población española. En los resultados se han obtenido 35 instrumentos para medir la recuperación personal y para evaluar la orientación de la recuperación en los servicios de salud mental. Sin embargo, muchos de ellos han sido despedidos por no alcanzar los criterios de adecuación. Esta revisión deja en claro la falta de consenso sobre el concepto de recuperación, como consecuencia del elevado número de instrumentos que evalúan un mismo concepto a través de diferentes dominios. Además, pocos instrumentos ofrecen datos relacionados con las propiedades psicométricas y solo un instrumento para evaluar la recuperación personal está validado para la población española. Los pacientes describen experimentar una recuperación personal a pesar de los síntomas persistentes de psicosis.

En esta línea, gracias a la invitación de los consumidores de salud mental a abandonar el modelo patológico, ligado al pesimismo, para abrazar un modelo de recuperación personal que va más allá de estar libre de síntomas y que implica el autocontrol de la enfermedad. El Instrumento de Etapas de Recuperación (STORI) es una medida desarrollada desde la perspectiva de los consumidores según un modelo conceptual de recuperación de cinco etapas.

Lemos-Giráldez et al.(2015) estudio las propiedades psicométricas del STORI, pero también nos propusimos comparar las etapas de recuperación en nuestra muestra con el modelo de cinco etapas en la muestra con la que se desarrolló la escala. Métodos: Nuestra muestra estuvo formada por 95 personas diagnosticadas con psicosis del espectro esquizofrénico, con una edad media de 34,74 (DE = 9,25). Los puntajes STORI mostraron adecuadas propiedades psicométricas en esta muestra. El análisis de conglomerados indicó que el modelo de tres conglomerados se ajustaba mejor a los datos que el modelo de cinco conglomerados. La consistencia interna de las puntuaciones de STORI osciló entre .83 y .87. Las etapas de STORI se asociaron con las puntuaciones del Cuestionario de estilos de recuperación. Discusión: Los resultados proporcionan una validación empírica del STORI en otros países. La evidencia empírica reveló que las etapas de recuperación encontradas en nuestra propia y otras muestras clínicas difieren de las encontradas en las muestras con las que se desarrolló la escala.

Se ha estudiado la relación entre la recuperación clínica y personal en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se realizaron metanálisis (M.Van Eck et al. 2018) calculando los tamaños medios ponderados del efecto para la asociación entre la recuperación clínica y personal, la esperanza y el empoderamiento. Además, las asociaciones entre la recuperación positiva , negativos, síntomas afectivos, funcionamiento general y recuperación personal fueron investigados. Los resultados muestran que la heterogeneidad entre los estudios fue sustancial. El metanálisis de efectos aleatorios de la relación entre la gravedad de los síntomas y la recuperación

personal reveló una correlación significativa. Encontramos un tamaño medio ponderado del efecto para los síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas afectivos y funcionamiento. Esto indica una asociación significativa de pequeña a mediana entre la recuperación clínica y personal. Los síntomas psicóticos muestran una correlación menor que los síntomas afectivos con la recuperación personal. Estos hallazgos sugieren que la recuperación clínica y personal deben ser consideradas tanto en el tratamiento como en el seguimiento de los resultados de pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Existen pues dos discursos en la investigación y la práctica de la salud mental. El primero se centra en las limitaciones asociadas con la discapacidad derivada del trastorno mental. El segundo se centra en las posibilidades de vivir bien con problemas de salud mental. Slade et al (2015) motivados por una revisión para informar la política de discapacidad identificaron siete hallazgos: la recuperación es mejor juzgada por expertos o mediante una evaluación estandarizada, pocas personas con problemas de salud mental se recuperan, si una persona ya no cumple con los criterios para una enfermedad mental, está en remisión, el diagnóstico es una base sólida para caracterizar grupos y predecir necesidades, el tratamiento y otros apoyos son factores importantes para mejorar los resultados, las barreras para recibir un tratamiento eficaz son la disponibilidad, el financiamiento y la conciencia del cliente, y el impacto de las enfermedades mentales, en particular la esquizofrenia, es completamente negativo. Propusieron siete mensajes alternativos que son empíricamente defendibles y más útiles para los interesados en la salud mental: la recuperación es mejor juzgada por la persona que vive con la experiencia, muchas personas con problemas de salud mental se recuperan, si una persona ya no cumple con los criterios de una enfermedad mental, no está enferma, el diagnóstico no es una base sólida, el tratamiento es una ruta entre muchas para la recuperación, algunas personas optan por no utilizar los servicios de salud mental, y el impacto de los problemas de salud mental es mixto.

No existe pues un conjunto fijo de acciones que constituyan un enfoque de recuperación, ni debe darse que la premisa fundamental sea responder a las preferencias personales cambiantes y las necesidades individuales cambiantes. No obstante, en un informe reciente sobre recuperación y economía (Knapp et al., 2015) revisó qué evidencia económica existe en relación con un conjunto de intervenciones que podrían considerarse consistentes con un enfoque centrado en la recuperación. Estos incluyen apoyo de pares, autogestión, empleo con apoyo, asistencia social y asesoramiento sobre deudas, planes conjuntos de crisis y directivas anticipadas, vivienda con apoyo, promoción de la salud física, presupuestos personales, campañas contra el estigma y universidades de recuperación. Para algunas intervenciones no pudimos encontrar evidencia económica, y para otras fue metodológicamente débil, pero las

intervenciones para las que pudimos encontrar evidencia en general no parecieron aumentar los costos, y muchas representaron usos rentables de los recursos. La integración comunitaria es reconocida como un componente crucial de la recuperación de una enfermedad mental grave. Aunque el constructo de integración comunitaria puede medirse con instrumentos estructurados, se sabe poco sobre el significado subjetivo y experiencial de la comunidad y la participación comunitaria para las personas con enfermedades mentales graves.

Browley et al., (2010), investigó en 30 personas con trastornos mentales graves tratadas en dos clínicas públicas de salud mental completaron entrevistas semiestructuradas que obtuvieron los lugares y las personas que asocian con la experiencia de la comunidad y el significado más amplio de la comunidad en sus vidas. Los participantes describieron cuatro experiencias como parte integral de sus conceptos de comunidad: recibir ayuda, minimizar el riesgo, evitar el estigma y retribuir. Los participantes buscaron comunidades que brinden un apoyo confiable y describieron la necesidad de manejar el contacto con la comunidad para protegerse a sí mismos y a los demás de sus síntomas y de la discriminación. La mayoría de los participantes experimentaron que las comunidades centradas en el tratamiento de salud mental o los pares trastornos mentales brindan oportunidades para una participación positiva. Se concluyó que la experiencia de tener una enfermedad mental grave moldea las preferencias y las percepciones de la comunidad de manera generalizada. Los participantes describieron la participación de la comunidad no como un medio para alejarse de las experiencias e identidades de la enfermedad, sino como un proceso que está sustancialmente influenciado por ellas. Las comunidades de salud mental pueden ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a controlar su enfermedad y a reconocer y disfrutar de un sentido de comunidad. Los hallazgos indican la necesidad de realizar más investigaciones sobre la relación entre la integración comunitaria y el resultado de los trastornos mentales mental grave.

A pesar de la amplitud de los estudios narrativos sobre personas con enfermedades mentales graves, no se ha examinado la idoneidad de la investigación narrativa para explorar la recuperación de la salud mental. Spector-Mersel et al., (2018) realizó una revisión de literatura empírica, teórica y metodológica sobre recuperación e indagación narrativa. Considerando las perspectivas de recuperación y narrativa como “paradigmas hermanos”. Se muestra la similitud entre su ontología y epistemología, evidente en 10 énfasis comunes: significado, identidad, cambio y desarrollo, agencia, holismo, cultura, singularidad, contexto, lenguaje y dar voz. La semejanza entre estos paradigmas “hermanos” hace que la metodología narrativa sea especialmente fructífera para acceder a las experiencias de los individuos en recuperación. La revisión de los estudios narrativos sobre Recuperación en salud mental sugiere que, actualmente, la singularidad de la investigación narrativa, centrada en el principio

holístico, se difumina en los niveles filosófico, metodológico y textual. La investigación narrativa bien establecida tiene importantes implicaciones para la práctica y las políticas en la atención de la salud mental orientada a la recuperación. El paradigma de la investigación narrativa ofrece un camino posible para mejorar las virtudes distintivas de esta investigación, reconociendo su potencial para comprender y promover la Recuperación.

Sin embargo, algunas intervenciones pueden considerarse ampliamente coherentes con el enfoque de la recuperación y empleo, es una de ellas que está en este camino y que recogemos en el conjunto de esta obra y objetivo de la misma. Hablaremos de cada una de estas intervenciones que favorecen la autonomía personal y el control de las riendas de la propia existencia con sus avatares.

APOYO ENTRE PARES

La reciente revisión de la literatura de apoyo entre pares (Shalaby et al., 2020) señala el surgimiento de una brecha creciente entre las personas con trastornos mentales y los profesionales de la salud, que en los últimos años se ha cerrado con éxito mediante la adopción de servicios de apoyo entre pares (APP), cuyo origen se remonta a las experiencias de los supervivientes de la práctica psiquiátrica y de la riqueza de perspectiva histórica dentro del movimiento de usuarios, hoy denominado de primera persona, que se resume en “nada de nosotros sin nosotros”.

Países como los Estados Unidos de América (EE. UU.), Australia, Canadá y varios países de Europa han desarrollado nuevas intervenciones y han empleado a compañeros de trabajo en diferentes entornos (O’Hagan et al.2010: Simpson et al.,2014:Repper et al.,2015). Portugal y España van a la zaga de estos países en términos de esta práctica, pero en estos países está comenzando a ser discutido. En Portugal, un documento elaborado por la Comisión Asesora de Usuarios y Participación Profesional (CCPUC; Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores) destacó la necesidad de grupos de apoyo entre pares basados en los beneficios que dichos grupos tienen para las personas en recuperación de trastornos mentales. problemas de salud, incluidos los prestadores del servicio, para los profesionales y para el sistema de salud mental (Slade,2011).

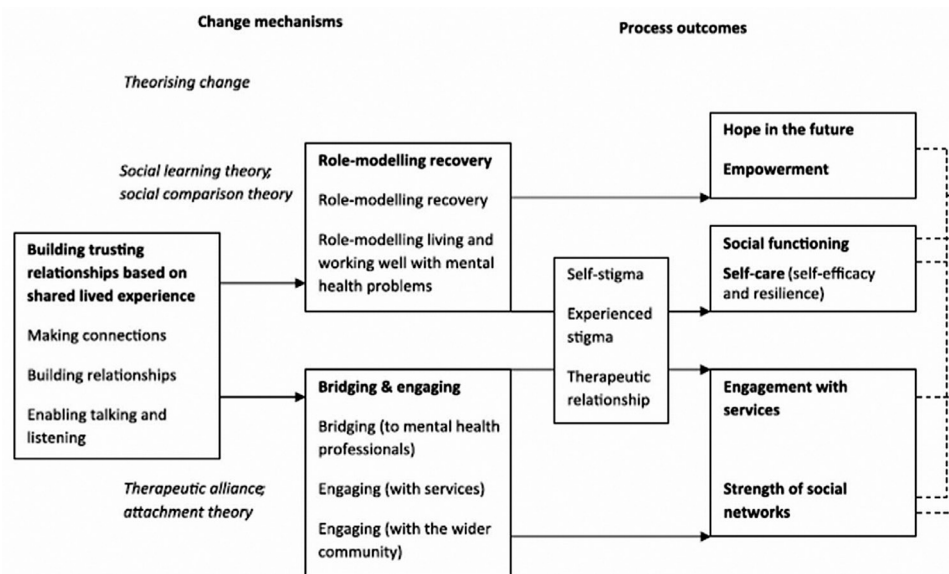
El apoyo entre pares es parte de una agenda de recuperación más amplia en salud mental que pone énfasis en resultados centrados en el usuario, como la inclusión social y el empoderamiento (Repper, 2003). El apoyo de pares es una intervención establecida mediante la cual una persona en recuperación de una enfermedad mental ofrece apoyo a otras personas que viven con una enfermedad mental (Puschner, 2018). Los trabajadores de apoyo de pares (PSW, por sus siglas en inglés) apoyan su propia recuperación y la recuperación de otros basándose en sus experiencias

vividas, empleando una auto-revelación positiva, expandiendo las redes sociales y promoviendo la esperanza, el empoderamiento y la autoeficacia. En todo el mundo, se han desarrollado y formalizado diversos roles de PSW: compañeros de trabajo, defensores de pares, administradores de casos de consumidores, especialistas de pares, consejeros de pares y más (Solomon et al.,2004).

Los PSW ofrecen una amplia gama de servicios, que pueden incluir apoyo social, manejo de síntomas, asesoramiento, extensión, entrenamiento y promoción (Simpson et al.,2002). El apoyo entre pares también se puede proporcionar en diferentes entornos, como una alternativa, un servicio independiente dentro o una parte integral de la atención profesional (Slade et al.,2014). Se han propuestos modelos para un cambio de las intervenciones en salud mental considerado el apoyo de pares como un servicio (véase figura 5).

FIGURA 5

Cambiar el modelo que sustenta las intervenciones de los compañeros trabajadores.



Fuente: Gillard S, Gibson SL, Holley J, Lucock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015;24:435–45. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000407>.

Los resultados de los metanálisis de estudios controlados indican que los PSW pueden lograr resultados comparables a los del personal capacitado profesionalmente y, por lo tanto, podrían representar adiciones rentables a los modelos de distribución de tareas en países de ingresos bajos y medianos, así como en países de ingresos altos.

(Pitt et al.,2013; Vally et al.,2016). Los estudios cualitativos y cuantitativos también han demostrado que el apoyo de los pares tiene un impacto positivo en los resultados relacionados con la recuperación que puede no lograrse utilizando únicamente intervenciones clínicas (Davidson et al.,2012; Walker et al.,2013). Sin embargo, existen importantes lagunas en la base de pruebas para el apoyo entre pares en los países de ingresos bajos y medios (Pathare et al.,2018) y en los países no anglófonos (Fan et al.,2018). La mayoría de las revisiones de la literatura sobre el apoyo entre pares han identificado solo estudios de países de ingresos altos, y estos son principalmente de partes del mundo de habla inglesa (Vandewalle et al.,2016).

Aunque los Apoyos de Pares se remontan a varios siglos, solo en las últimas décadas estos servicios han evolucionado, crecido y se han convertido formalmente en una parte integral del sistema de atención médica. El apoyo entre pares cubre un espectro de formas en las que las personas reciben ayuda, apoyo y, a veces, servicios de otras personas con experiencias vividas de enfermedades mentales, incluidos contactos informales entre pares para actividades grupales organizadas más complejas y redes sociales.

Los debates sobre el apoyo de pares en la salud mental se han suscitado con frecuencia en la literatura. Aunque muchos autores han enfatizado la gran importancia de incorporar el apoyo de pares en el sistema de salud para infundir esperanza, para mejorar el compromiso, calidad de vida, autoconfianza e integridad, y para reducir la carga sobre el sistema de salud, otros estudios sugieren que la integración de los APP en los sistemas de salud tiene efectos neutrales, con un probable desperdicio de recursos. En la actualidad se desarrolla el estudio el UPSIDES-RCT es un ensayo controlado aleatorio pragmático, de grupos paralelos, multicéntrico, que evalúa la efectividad del uso del apoyo de pares en el desarrollo de servicios de salud mental empoderadores (UPSIDES) (Galia et al.,2020) en cuatro puntos de medición durante 1 año (línea de base, 4, 8 y Seguimiento de 12 meses), con evaluación de proceso y análisis de rentabilidad integrados. La investigación se llevará a cabo en una variedad de países de ingresos altos, medios y bajos (Alemania, Uganda y Tanzania) cuyos resultados de los usuarios de servicios (psicosocial y clínico), los resultados de los trabajadores de apoyo de pares (rol laboral y empoderamiento), los resultados del servicio (rentabilidad y rendimiento de inversión) y resultados de implementación (adopción, sostenibilidad y cambio organizacional).

Es común compartir narrativas de recuperación (McGranahan et al.,2019;Yeo et al.,2020). El apoyo informal de pares, que involucra interacciones entre personas con experiencias similares de problemas de salud, es un ejemplo de una relación que ocurre naturalmente en la que se pueden narrar y recibir narrativas de recuperación en vivo. El apoyo informal entre pares puede tener lugar en persona (Coatsworth-Puspoky et al.,2006) o en línea (Salzmann-Erikson et al.,2017). En este siglo ha

surgido un nuevo rol laboral de trabajador de apoyo de pares o especialista en pares en los sistemas de salud mental a nivel internacional (Mahlke et al.,2010), que implica emplear personas en roles para los que la experiencia personal de los problemas de salud mental y la recuperación es un requisito. El apoyo intencional entre pares tiene una base de evidencia empírica (Pitt et al.,2013) y se está implementando a nivel mundial (Puschner et al.,2018). Una encuesta nacional de EE. UU. ha identificado que ayudar a los demás mediante la narración de narrativas de recuperación de la salud mental es una característica del trabajo de los pares especialistas (Cronise et al.,2016). Los trabajadores de apoyo entre pares pueden generar cambios a través de mecanismos como el modelado de roles de la recuperación individual (Gillard et al.2014). Davidson y col. (2012) han argumentado que la revelación por parte de un compañero de trabajo de su propia transición a un “héroe de su propio viaje” (p. 124) puede infundir esperanza en los demás. El crecimiento del trabajo de apoyo entre pares significa que un número cada vez mayor de personas que viven con problemas de salud mental tienen acceso a narrativas de recuperación en vivo compartidas como parte de una relación de apoyo (Davidson et al.,2012).

El acceso a narrativas grabadas está aumentando (McGranahan et al.,2016; Yeo et al.,2020).Un gran número de narrativas de recuperación grabadas están a disposición del público, distribuidas a través de mecanismos que incluyen libros (Cordle, 2010; Chandler et al.,2009) folletos de servicios de salud (NHS, 2018) colecciones en línea (McDonaugh et al., 2019) y servicios de alojamiento de medios digitales (Poolay, 2019). La creación de narrativas también puede proporcionar beneficios a los narradores (Pennebaker et al.,1999), que podrían estar motivados, con mensajes de “esperanza, coraje y supervivencia” (Kirkpatrick et al.,2009), una forma de apoyo emocional indirecto (Morelli et al.,2015). Las campañas que tienen como objetivo reducir el estigma (Evans-Lacko et al.,2012;Bell, 2019) como Bell Let’s Talk (Bell, 2019) han utilizado narrativas de recuperación grabadas (Lemoine,2019) como un mecanismo para crear contacto social entre personas con experiencia de problemas de salud mental y otros, basándose en la prueba permanente de contacto social como mecanismo anti-estigma (Allport,1079; Corrigan teal.,2001).

El material de salud compartido en las campañas contra el estigma puede tener un impacto beneficioso en el comportamiento de búsqueda de ayuda (Henderson et al.2017), un hallazgo que es importante cuando la evidencia de una revisión sistemática muestra que el estigma puede alterar el comportamiento de búsqueda de ayuda (Clement et al. 2015). Recibir una narrativa de recuperación puede proporcionar inspiración personal (Nurser et al., 2018), aumentar la empatía y la comprensión (Deegan,1988) validar experiencias personales difíciles (Williams et al.2018), proporcionar formas alternativas de compañía en momentos de aislamiento social (Shaw et al.,2015). Recibir narrativas de recuperación también puede contribuir a

la angustia del receptor, p. ej. si el receptor se siente enojado o “fuera de lugar” debido a la percepción de que ha experimentado mayores dificultades que un narrador (Nurser et al.,2018).

La disponibilidad pública de un número cada vez mayor de narrativas de recuperación registradas es una oportunidad para brindar apoyo a las personas a través de una nueva forma de intervención de salud mental. Organizaciones como Here to Help (2019) y Scottish Recovery Network (2009) ya han creado colecciones en línea de narrativas de recuperación con la intención explícita de apoyar la recuperación de los destinatarios. Estos podrían verse como una iniciativa específica dentro de un esfuerzo mayor para incorporar tecnologías digitales de atención médica (DHT) en la práctica de la salud mental, motivado por desafíos globales conocidos como largas listas de espera para tratamiento (McClay et al.,2016), acceso limitado al tratamiento de salud mental en persona en comunidades rurales y remotas (Cassidy et al.,2011; Griffiths et al.,2007; Gibson et al.,2009) y la angustia inherente al acceso al tratamiento en persona para las personas que experimentan ansiedad social (Anderson et al.2014). La evidencia de revisión sistemática muestra que las DHT pueden ser efectivas para apoyar el autocuidado de las afecciones a largo plazo (Whitehead et al.,2016) y porque los contactos cara a cara representan casi el 90% de las interacciones sanitarias (Liddell et al. 2011) y luego desarrollan el autocuidado las habilidades pueden ahorrar recursos de los servicios de salud y contribuir a mejores resultados a largo plazo (Lorig et al.,2001).

El objetivo de la revisión general realizada por Shalaby et al., (2020) fue examinar la literatura, explorando la evolución, el crecimiento, los tipos, la función, las herramientas generadoras, la evaluación, los desafíos y el efecto de los APP en el campo de la salud mental y la adicción. Además, describir las APP en diferentes contextos no exhaustivos, como se muestra en la literatura, que tiene como objetivo llamar la atención sobre los valores propuestos de las APP en dichos campos.

Se comprobó que existe abundante literatura que define y describe los PSS en diferentes contextos, además de rastrear sus orígenes. Se han descrito dos conceptos transformadores principales, a saber, el apoyo de pares intencional y la transformación de pacientes a proveedores de apoyo de pares. Los efectos de los PSS son amplios e integrados en diferentes campos, como los PSS forenses, la adicción y la salud mental, y en diferentes grupos de edad y gravedad de las condiciones de salud mental. La satisfacción y los desafíos para la integración de PSS han dependido claramente de una serie de factores y, en consecuencia, impactan las perspectivas futuras de esta fuerza laboral. Existe una tendencia creciente a nivel internacional para adoptar PSS dentro de los servicios de adicción y salud mental y, a pesar de los desafíos actuales, una gran parte de la literatura actual respalda la inclusión de trabajadores de apoyo entre pares en la fuerza laboral de atención de salud mental. La

viabilidad y el mantenimiento de un PSS sólido en el cuidado de la salud solo sería posible a través de esfuerzos de colaboración y el apoyo y la participación continuos de todos los profesionales de la salud, gerentes y otras partes interesadas.

De hecho, Campos et al.(2016) estudio los principios orientadores para la implementación de programas de apoyo entre personas con problemas de salud mental en Portugal. El estudio fue dividido en dos fases. El primer paso se realizó una revisión sistemática de 112 artículos indexados en las bases de datos del ISI y EBSCO (2001–2012). En la segunda fase, se llevó a cabo un panel Delphi en dos rondas formado por profesionales, investigadores y personas con problemas de salud mental, con el objetivo de analizar las afirmaciones generadas por la revisión sistemática previa. Durante la ronda Delphi participaron inicialmente 72 expertos, de los cuales 44 participaron en la segunda ronda. Se alcanzó un consenso del 84% sobre las principales afirmaciones. A partir de estos resultados, se destacan ocho ámbitos principales que cubren las siguientes áreas: objetivos de apoyo de los pares, selección de los proveedores de apoyo, capacitación y acreditación, papel de los profesionales de salud mental, papel de los proveedores de apoyo, acceso a los proveedores de apoyo, cuidado de los proveedores de apoyo, y programa de evaluación. Se concluyó que, el apoyo entre pares aplicado al trastorno mental esta todavía poco explorado y rodeado de una cierta controversia y ambigüedad. Sin embargo, su organización y un control adecuado parece mejorar la calidad de vida y la inclusión social de las personas con enfermedad mental. Este hecho demuestra la importancia de realizar estudios para aumentar nuestro conocimiento acerca de estos programas y determinar las directrices para su aplicación. Este consenso nacional se puede utilizar como punto de partida para el diseño e implementación de programas de apoyo entre pares en las organizaciones de salud mental.

El apoyo entre pares encarna la reciprocidad, y la reciprocidad se basa en el capital social. A pesar del interés en el enfoque actualmente hay poca evidencia económica. Escasos son los estudios económicos, resaltar un estudio no controlado de 260 adultos residentes en la comunidad que recibieron autogestión dirigida por pares encontró mejoras significativas en el bienestar y los costos que disminuyeron un poco más de un año (Lemmi et al. 2015). Otro estudio del Reino Unido descubrió que el apoyo de los compañeros durante la transición del hospital al hogar podría aumentar la esperanza, reducir la soledad, mejorar la calidad de vida y mostrar la rentabilidad en comparación con el cuidado posterior habitual (Simpson, et al.,2014). Ninguno de los estudios es especialmente sólido desde un punto de vista metodológico en el estudio coste efectividad.

Nosotros, en Canarias conjuntamente con la asociación integral espiral y las universidades canarias estamos auspiciando un proyecto del “promotor de la salud mental”, como fuente de empleo para personas con experiencias vividas a través de

una formación reglada, integradas en el marco del Empleo e incorporación a los servicios de salud mental.

AUTOGESTIÓN

La autogestión abarca en general las tareas necesarias para afrontar y gestionar con éxito el impacto físico, social y emocional de una enfermedad crónica. Actualmente, no existe una clasificación universalmente aceptada de autocuidado, aunque comúnmente implica la provisión de información y educación sobre una condición y su tratamiento, creando en colaboración un plan de tratamiento individualizado, desarrollando habilidades para el autocontrol de síntomas y estrategias para apoyar la adherencia al tratamiento que incluye medicación, técnicas psicológicas, estilo de vida y apoyo social.

El autocuidado, es decir, mejorar la capacidad de uno para controlar los síntomas y el tratamiento, es claramente parte integral de un enfoque de recuperación. El autocuidado está destinado a empoderar a las personas en su recuperación brindándoles las habilidades y la confianza que necesitan para tomar medidas activas para reconocer y manejar sus propios problemas de salud. Se identifican cuatro elementos clave que mejoraron el curso de la enfermedad de las personas con TMG (Mueser et al.,2002): (a) proporcionar psicoeducación sobre la enfermedad mental y su tratamiento, (b) adaptación conductual para facilitar la adherencia a la medicación, (c) desarrollar una plan de prevención de recaídas y (d) enseñanza de estrategias de afrontamiento para síntomas persistentes. Mas recientemente, se ha incorporado un enfoque adicional en la recuperación definida por el paciente y los objetivos personales en las intervenciones de autocuidado. A través de estos elementos, se cree que las intervenciones de autocuidado empoderan a las personas al proporcionarles el conocimiento y las habilidades que les permitan tomar decisiones informadas para administrar su propia atención (Mueser et al.,2004).

Los componentes de los programas que capacitan a las personas en el autocontrol podrían incluir la psicoeducación, el manejo de la medicación, el establecimiento de objetivos de recuperación individuales y el desarrollo de habilidades para la vida. En un metanálisis, desarrollado por Zoe et al (2013) cuyo propósito fue examinar los resultados de las intervenciones de educación para el autocuidado en personas con esquizofrenia. Se identificaron ensayos controlados aleatorios de intervenciones de educación para el autocuidado dirigidas a reducir las recaídas y los reingresos hospitalarios, así como a mejorar los síntomas, el funcionamiento psicosocial y la adherencia al tratamiento con medicamentos. Dos autores extrajeron los datos y calificaron la calidad de los estudios incluidos de forma independiente. Finalmente, se incluyeron 13 estudios con 1404 pacientes. Las intervenciones de educación para el autocuidado

se asociaron con una reducción significativa de episodios de recaída y reingresos hospitalarios. Los pacientes que recibieron educación para el autocuidado tuvieron más probabilidades de mejorar la adherencia a la medicación y los síntomas en comparación con los pacientes que recibieron otros cuidados. Sin embargo, en el metanálisis no se confirmó un beneficio sobre el funcionamiento psicosocial y pero nuevamente hay poca evidencia económica. El estudio concluye que la intervención educativa para el autocuidado es un método factible y eficaz para las personas con esquizofrenia y debe ofrecerse de forma rutinaria a todas las personas con esquizofrenia.

La evidencia respalda tales intervenciones en una variedad de condiciones de salud física a largo plazo, pero no se dispone de una síntesis sistemática reciente para las personas con problemas de salud mental graves. En este sentido, Lean et al. (2019) evaluaron la efectividad de las intervenciones de autocuidado para adultos con enfermedades mentales graves (TMG). Se realizó una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios. Se realizó un metanálisis de los resultados sintomáticos, de recaída, recuperación, funcionamiento y calidad de vida. Se incluyó un total de 37 ensayos con 5790 participantes. A partir del metanálisis, las intervenciones de autocuidado confrieron beneficios en cuanto a la reducción de los síntomas y la duración del ingreso, y la mejora del funcionamiento y la calidad de vida tanto al final del tratamiento como durante el seguimiento. En general, el tamaño del efecto fue de pequeño a mediano. La evidencia de las intervenciones de autocuidado en los reingresos fue mixta. Sin embargo, la autogestión tuvo un efecto significativo en comparación con el control sobre las medidas subjetivas de recuperación, como la esperanza y el empoderamiento en el seguimiento, y la recuperación autoevaluada y la autoeficacia en ambos momentos. Se concluye que existe evidencia de que la provisión de intervenciones de autocuidado junto con la atención estándar mejora los resultados para las personas con TMG. Las intervenciones de autocuidado deben formar parte del paquete estándar de atención brindado a las personas con TMG y deben priorizarse en las guías: se necesita investigación sobre los mejores métodos para implementar tales intervenciones en la práctica habitual.

PROMOCIÓN SALUD FÍSICA

Las personas con esquizofrenia tienen un alto riesgo de morbilidad física y mortalidad prematura, incluidas enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, en comparación con la población general. La esperanza de vida se reduce hasta 20 años en comparación con la población en general (Rethink Mental Illness, 2014). Más de la mitad de las personas con psicosis temprana son fumadores (Myles et al., 2012). Además, los jóvenes que experimentan un primer episodio de psicosis pueden ser vulnerables a un rápido aumento de peso debido a los efectos de la medicación.

Es importante considerar a las personas mayores con esquizofrenia crónica y padecimientos físicos comórbidos duraderos. Es probable que estén expuestos a riesgos elevados de tener trastornos metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes, en parte debido a estilos de vida deficientes y al uso prolongado de múltiples medicamentos. La obesidad puede contribuir al estigma social / propio y puede conducir a tasas más bajas de contacto con los servicios de salud y al retiro voluntario de los regímenes de medicamentos, lo que a su vez podría resultar en un aumento de las tasas de recaída y otros problemas de salud.

Las personas con trastornos mentales graves, es decir, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y depresión de moderada a grave, mueren de 10 a 20 años antes que la población general. Esta mortalidad prematura ha sido bien documentada en metanálisis y revisiones sistemáticas (Wahlbeck et al.,2011; Chesney et al.,2014; Laursen et al.,2016; Saha et al.,2007; Cuijpers et al.,2014; Walker et al.,15; Hayes et al.,2015). Además, estudios, comentarios y editoriales recientes han generado mayor conciencia y atención sobre el tema (Maj, 2008; Thornicroft et al.,2011; De Hert et al.,2011; Suetani et al.,2015; Charlson et al.,2015).

A pesar de esto, se ha logrado poco o ningún progreso; de hecho, la evidencia sugiere que la brecha puede estar aumentando con el tiempo (Saha et al.,2007) y los estudios publicados recientemente muestran tasas de mortalidad estandarizadas que son más altas que las reportadas anteriormente (Olfson et al.,2013). La mayoría de las muertes en personas con Episodios Depresivos Mayores se deben a enfermedades físicas prevenibles, especialmente enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias e infecciones (Laursen et al.,2011; Crump et al.,2013; Fekadu et al.,2015). Estas personas tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de morir por enfermedades cardiovasculares que la población en general (Laursen et al.,2013; Nordentoft et al.,2013). Hasta el 75% de las personas con esquizofrenia (en comparación con el 33% de la población general) muere de enfermedad coronaria (Hennekens et al.,2005).

Las personas con trastornos mentales graves mueren de enfermedades respiratorias de 2 a 6 veces la tasa de la población general (Crump et al.,2015; Crump et al.,2013), incluso después de controlar el tabaquismo y el abuso de sustancias, y morir de enfermedades infecciosas en aproximadamente 2 a 4 veces la tasa de la población general (Saha et al.,2007). Estas personas también tienen más probabilidades de morir de diabetes mellitus (Crump et al.,2013) y cáncer (Lawrence et al.,2000). En los países de ingresos bajos y medianos, los estudios disponibles sugieren que el exceso de mortalidad es similar, si no peor, y la gran mayoría muere por enfermedades físicas, especialmente enfermedades infecciosas (Fekadu et al.,2015). El resto de muertes de personas con episodios depresivos mayores se deben a causas no na-

turales, como suicidio, homicidio y accidentes. El suicidio sigue siendo una causa importante de muerte, especialmente en el primer año tras el alta de una unidad de internación (Nordentoft et al., 2011). En comparación con la población general, las personas con trastorno mental grave tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de morir por muerte accidental, lo que parece más común que el suicidio en esta población (Nordentoft et al., 2013; Crump et al., 2013).

Una síntesis de las intervenciones de autocuidado (Nancy et al., 2017) revelaron una sólida base de pruebas para mejorar los resultados de afecciones a largo plazo, como la diabetes y el asma, y algunas pruebas para las intervenciones en accidentes cerebrovasculares, hipertensión y depresión, junto con el potencial para reducir el uso de recursos sanitarios. La síntesis concluyó que la inclusión del autocuidado debería ser un requisito para una atención de alta calidad para todas las afecciones a largo plazo.

En este sentido se han evaluado diferentes intervenciones:

Dejar de fumar: una revisión de ocho ECA de intervenciones psicológicas y / o medicamentos para reducir el tabaquismo muestra efectos moderados pero tamaños de efecto significativos (Banham y Gilbody, 2010). Los autores indican que las estrategias para dejar de fumar para la población general pueden ser igualmente efectivas para las personas con enfermedades mentales graves.

Control del peso: varias revisiones sistemáticas han analizado la efectividad de las intervenciones no farmacológicas. El hallazgo es recomendar una intervención combinada para promover el nivel de actividad física y una mejor nutrición. Existe buena evidencia sobre los beneficios de las intervenciones no farmacológicas (Alvarez-Jimenez et al., 2008; Caemmerer et al., 2012). La guía NICE actualizada más recientemente también sugiere una buena base de evidencia para las intervenciones conductuales a corto plazo en términos de sus impactos en la obesidad abdominal / circunferencia de la cintura, factores de riesgo metabólico intermedios como el IMC, los niveles de glucosa, la presión arterial y la cantidad y calidad de vida (NCC-MH, 2014).

Manejo del IMC: según una revisión sistemática, las intervenciones en el estilo de vida también pueden ser efectivas para reducir el IMC para adultos de mediana edad (edad media 53) adultos con esquizofrenia crónica y diabetes tipo 2, independientemente de si se han realizado en entornos de atención hospitalaria o ambulatoria (Cimo et al. al., 2012).

En resumen las personas con problemas de salud mental persistentes tienen un alto riesgo de morbilidad física y mortalidad prematura, en parte relacionadas con conductas de mala salud, como altas tasas de tabaquismo, bajas tasas de ejercicio y mala alimentación. Algunos medicamentos agravan algunos de estos problemas a través del aumento de peso y las complicaciones metabólicas. En consecuencia,

la promoción de la salud física es otro aspecto importante de la recuperación, con evidencia económica que respalda los programas para dejar de fumar y controlar el peso (Foley et al., 2010).

SEGURIDAD ECONÓMICA

Los estudios sobre la correlación entre la pobreza relativa (Lott y Bullock 2001) y los trastornos mentales graves han identificado una serie de vínculos entre ellos (Read et al. 2013). Es más probable que las personas que padecen TMG pertenezcan a grupos socioeconómicos más bajos que a grupos más altos (Eaton 1980; Hollingshead y Readlich 1958). Las personas pobres tienden a recibir diagnósticos más severos, incluso cuando presentan los mismos síntomas que otras personas que están en mejor situación (Leer 2010). Las intervenciones de tratamiento a las que están sujetos están más orientadas corporalmente (hospitalización, medicación, etc.), que las que se realizan para personas de otros grupos sociales que evidencian problemas similares (Hollingshead y Readlich 1958; Johnstone 2000). La pobreza también puede obstaculizar la propensión a recuperarse (Mattsson et al. 2008).

Se han propuesto dos hipótesis opuestas con respecto al vínculo entre enfermedad mental y clase social: deriva social y causalidad social. En el modelo de deriva social dominante, la enfermedad provoca un cambio descendente en la clase social. Se asume que el aislamiento social, la apatía, la falta de iniciativa y el bajo sentido de uno mismo son síntomas de una enfermedad de origen biológico (Frith y Johnstone 2003) y las dificultades que lo acompañan de mantener un trabajo y administrar las finanzas personales tienen un efecto perjudicial pronunciado en la vida, situación del individuo en cuestión. La segunda hipótesis identifica la pobreza relativa como una causa social de la enfermedad mental, a través de factores mediadores como la mayor probabilidad de que los pobres sean sometidos a diversos abusos y el estrés y las limitaciones que conlleva vivir en la pobreza (Draine 2013; Read et al. 2013).

Se describe que las personas con TMG tienen redes sociales más pequeñas, donde la familia juega un papel más prominente, en comparación con la población en general. Los estudios también señalaron una paradoja: las personas con TMG a menudo expresan un anhelo de amistad pero tienden a permanecer socialmente aisladas (Hansson et al. 2002). Esto podría interpretarse como un signo de su incapacidad e indiferencia para iniciar, desarrollar y mantener relaciones cercanas con los demás (Palumbo et al. 2015). Un aspecto de la conexión entre la pobreza relativa y la enfermedad mental estudiada es la posibilidad de que el comportamiento visto como sintomático de TMG pueda ser común entre los sectores pobres de la comunidad (Cohen 1993).

Desde la perspectiva de la persona, algunos estudios han examinado la forma en que las personas pobres con TMG describen cómo han podido manejar fuera de

las instituciones psiquiátricas cuando se enfrentan a este doble problema. Ware y Goldfinger (1997), Wilton (2004), Caplan (2014) y Topor et al. (2014) informaron hallazgos similares en diferentes contextos sociopolíticos. Los individuos que estudiaron habían desarrollado formas tanto personales como colectivas de afrontar la situación. Estos estudios formularon un posible vínculo entre una vida de relativa pobreza y algunos signos que se cree que son síntomas de TMG: apatía, aislamiento social, redes sociales empobrecidas y un sentido negativo de sí mismo (Davidson y Strauss 1992) marcado por identidad de enfermedad.

El empleo es una posible vía de emancipación. Es posible que no todos puedan obtener un empleo remunerado: algunas personas pueden sentir que no lo desean y otras tal vez no puedan lograrlo. Tener una “red de seguridad” económica adecuada es esencial en esas circunstancias, sin embargo, muchas personas con problemas de salud mental no obtienen el apoyo estatal al que tienen derecho (Frost-Gaskin et al. 2003). El asesoramiento en materia de bienestar puede aumentar la aceptación y reducir los costos al acortar las estancias hospitalarias, prevenir la falta de vivienda y prevenir las recaídas (Parsonage et al.,2003). Los servicios de asesoramiento sobre deudas también pueden ser eficaces y rentables (Pleasance et al.2007; Knapp et al.,2011).

El objetivo de la “personalización” es fundamental para la política gubernamental en materia de atención social en el Reino Unido durante algunos años, y más recientemente también en la atención de la salud para brindar a los usuarios de los servicios opciones más directas sobre cómo satisfacer sus necesidades. Los presupuestos personales son potencialmente una vía para lograrlo, las personas toman el control de los fondos (públicos) que de otro modo se habrían gastado a través de los canales convencionales en su tratamiento y apoyo. Sujeto a una cierta cantidad de monitoreo, estos presupuestos les permiten elegir los servicios o arreglos de apoyo que sienten que necesitan y desean. Un ensayo aleatorio de presupuestos de atención social personal en Inglaterra concluyó que generaban mejores resultados que los arreglos de atención estándar y, para la submuestra de personas con problemas de salud mental, eran más rentables (Nettem et al.2012;Jones et al.,2012). Un estudio cuasiexperimental analizó los presupuestos de salud personal y también descubrió que eran rentables (Forder et al.,2012). Ambos estudios tienen sus limitaciones, pero ambos estimulan que los modelos de compra basados en la recuperación, para aquellas personas que desean y puedan tomar el control, puedan tener importantes beneficios y sean económicamente viables.

Las Prestaciones Sociales Públicas son pensiones y subsidios abonados con cargo a recursos de carácter público cuya finalidad es cubrir situaciones de incapacidad, jubilación, muerte y supervivencia, protección familiar, desempleo para personas mayores de 52 años y otras mejoras estatutarias y prestaciones complementarias. Por ello, suponen una importante herramienta de apoyo para la situación de discapacidad.

En el 2018 de cada 100 personas en edad laboral, 12 percibieron una prestación durante 2018. En el caso específico de las personas con discapacidad el sistema público de prestaciones benefició a 1.268.200. De ellas, 260.000 personas eran activas. Entre las personas con discapacidad receptoras de prestaciones, el 81,5% recibió la prestación debido a una incapacidad laboral. Por su parte, el 2,9% lo hicieron exclusivamente en términos no contributivos, es decir, sin haber cotizado previamente por ellas.

En virtud del Real Decreto Legislativo 1/2013 por el que se aprueba el Texto Refundido de la “Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social”, se considera que presentan también una discapacidad en grado igual o superior al 33% los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Otra medida de protección del colectivo de las personas con discapacidad lo constituye el reconocimiento de la Situación de Dependencia, tras la aprobación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En el año 2018 el 15,2% de las personas con discapacidad (289.300) tenía también reconocida oficialmente la situación de dependencia. De estas, el 8,7% permanecieron laboralmente activas.

Una reflexión abierta es si estas altas tasas de incapacidad laboral obedecen a algo real o a creencias que siguen imperando, sobre todo, para un significativo porcentaje de personas con trastornos mentales grave.

Empíricamente algunos estudios empíricos relevan como los cambios en las condiciones previas económicas se traduce en cambios personales. Un estudio de control aleatorizado investigó esta conexión con mayor detalle (Davidson et al. 2001a, b, 2004). Las personas con TMG que se consideraban socialmente aisladas recibieron una contribución financiera de 28 dólares al mes durante un período de nueve meses para gastar en actividades sociales. Los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas en el nivel funcional, el alivio de algunos síntomas y un mayor sentido de sí mismo. Aquí, algo que generalmente se entiende como sintomático de TMG se vio afectado por la situación financiera del individuo. Aunque la relación entre el estatus económico y la salud mental está bien establecida, hay una escasez de estudios que investiguen a cualquier profundidad el impacto de una situación financiera mejorada en el bienestar y la salud mental de las personas con TMG, y como resultado de sus hallazgos pueden desarrollar nuevas formas de intervenciones útiles. El estudio realizado por Davidson et al sirvió como punto de partida para el estudio de Topor et al (2018) que se llevó a cabo en un contexto sociopolítico diferente: Suecia, una de las sociedades de bienestar nórdicas. En el

estudio de Topor et al, (2018) durante un período de 9 meses, 100 personas con TMG recibieron aprox. 73 USD por mes por encima de sus ingresos normales. Se entrevistó a dieciséis de los sujetos. Las entrevistas se analizaron según los métodos de análisis temático. El dinero se utilizó para el placer personal y para restablecer relaciones recíprocas con los demás. Las formas en que diferentes individuos usaron el dinero a su disposición impactaron en su sentido de sí mismos a través de experiencias de dominio, agencia, reciprocidad, reconocimiento y seguridad. Los hallazgos subrayan la importancia de incluir las circunstancias sociales en nuestra comprensión de los problemas de salud mental, sus trayectorias y el proceso de recuperación.

PLANES DE GESTIÓN DE RIESGO Y VOLUNTADES ANTICIPADAS

El respeto a la autonomía es un pilar normativo que se entiende no tanto como la capacidad de hacer lo que uno quiere en un momento dado como la capacidad de moldear la propia vida según la propia concepción del bien (Scholten et al., 2018). La autonomía tiene un valor instrumental en una sociedad caracterizada por el pluralismo de valores, los propios usuarios del servicio suelen estar en la mejor posición para evaluar cuál de las opciones de tratamiento promueve al máximo su bienestar. Reconocer el valor inherente de la autonomía, independientemente del bienestar de uno, dar forma independiente a la propia vida de acuerdo con la propia concepción del bien es valioso en sí mismo. El valor instrumental e inherente de la autonomía fundamenta el deber de los profesionales de la salud de respetar los rechazos de tratamiento de los usuarios del servicio que son competentes para dar su consentimiento y acatar sus opciones de tratamiento positivas siempre que sean compatibles con los estándares de la práctica. Y significa reconocer el reclamo positivo de los usuarios de los servicios de que los profesionales de la salud puedan tomar decisiones autónomas. Esto fundamenta el deber de los profesionales de la salud no solo de divulgar la información sobre las consecuencias de las diversas opciones de tratamiento de manera comprensible, sino también de mejorar la capacidad de toma de decisiones de los usuarios de los servicios mediante la toma de decisiones con apoyo.

Las directivas anticipadas psiquiátricas (PAD) son documentos que permiten a los usuarios de servicios de salud mental dar a conocer sus preferencias con respecto al tratamiento en una futura crisis de salud mental. A estas alturas, muchos países tienen disposiciones legales explícitas para los PAD. Algunos ejemplos son Australia, Bélgica, Canadá, Alemania, Irlanda, India, Escocia, Países Bajos, Reino Unido y varios estados de Estados Unidos. Con la notable excepción de Estados Unidos, todos estos estados han ratificado la Convención de las Naciones Unidas (ONU) sobre

los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), sumando un total de 177 ratificaciones de la convención hasta la fecha (ONU,2007).

El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (el Comité) y otros órganos importantes de la ONU consideran que los PAD son instrumentos importantes que contribuyen a la realización de los objetivos generales de la convención, como promover la autonomía y garantizar la igualdad de trato de las personas con discapacidad (ONU,2014,2018;2018). Se han realizado los primeros esfuerzos para conceptualizar los PAD en el marco de la CDPD (Weller et al.,2010;Weller et al.,2014). Mientras tanto, los críticos han expresado la preocupación de que el modelo de CRPD radical desarrollado por el Comité y adoptado por otros organismos de la ONU tendrá el efecto adverso de hacer que los PAD sean ineficaces en las típicas crisis de salud mental, privando así a los usuarios de servicios de salud mental de la oportunidad de permanecer en control de su vida y tratamiento planificando con anticipación (Freeman et al.,2015; Scholten et al.,2018;Szmukler et al.,2019). Al ratificar los documentos internacionales de derechos humanos, los estados incurren en la obligación de incorporar las disposiciones legales de estos documentos en el derecho interno.

Frecuentemente apelamos a principios bioéticos para los conflictos éticos. El respeto por la autonomía se ejemplifica en el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas (DVA). En salud mental hemos de partir de que los pacientes quieren y pueden participar en las decisiones sanitarias (Wakeel et al.,2006; Hamann et al.,2011). En ocasiones rechazan tratamientos eficaces porque no están bien informados. En ese caso, los profesionales tienen la obligación moral de «hacerles autónomos y competentes» informándoles. En casos de no estar bien informados, el representante ha de mantener un diálogo con los profesionales para que se respete, en lo posible, al paciente. En ese diálogo también se constata la no-maleficencia, que es la obligación de no dañar intencionadamente. Hemos de evitar actitudes violentas mediante contención (farmacológica, mecánica, etc.). Pero también, privar, injustificadamente, del derecho a la autonomía supone un daño moral, pues se impide que se lleve a cabo sus intereses. Además, resulta un daño el paternalismo injustificado que infantiliza a los pacientes, estigmatizando y discriminándolos. Es necesario buscar su mayor beneficio. El DVA comporta repercusiones positivas en su recuperación (La Fond et al.,2002; Srebnik et al.,2005; Rittmannsberger et al.,2004;Hamann et al.,2005;Swanson et al.,2008). Finalmente, las decisiones justas pueden permitir ahorrar en gasto sanitario si los pacientes piden que no se les prolongue la vida más allá de lo razonable. Los que padecen demencia pueden responder a ese perfil.

Es necesaria una reforma legal de gran alcance para promover la autonomía y garantizar la igualdad de trato de los usuarios de los servicios de salud mental. De un

total de 402 PAD analizados en estudios realizados en los EE. UU., El Reino Unido y la India, ninguno contenía un rechazo general al tratamiento psiquiátrico (Swanson et al.,2006 , Backlar et al.,2001 , Pathare et al.,2015; Reilly et al,2010; Srebnik et al.,2005). Así mismo en un estudio, los médicos calificaron las instrucciones como factibles y consistentes con los estándares de la práctica para al menos el 95% de los 106 PAD (Srebnik et al.,2005). Otro estudio encontró de manera similar que entre el 83% y el 94% de 136 PAD analizados contenían preferencias que fueron calificadas como factibles y consistentes con los estándares de la práctica (Swanson et al.,2011). Las personas que experimentan crisis, por ejemplo, como resultado de la exacerbación de los síntomas de la esquizofrenia, suelen tener una hospitalización prolongada y no deseada. La forma en que responde un sistema de salud varía de un país a otro, pero se han sugerido planes de crisis conjuntos y directivas anticipadas. Empoderan a las personas en riesgo de admisión obligatoria, brindándoles la oportunidad de especificar de antemano sus preferencias de tratamiento (Henderson et al.,2004).

Seguirá suscitando un interés creciente, no hemos podido encontrar evidencia económica.

EL EMPLEO

El empleo es fundamental para la recuperación de muchas personas con problemas de salud mental, no solo tiene valor económico, sino que confiere beneficios sociales como las redes sociales, el estatus y la autoestima, sin embargo, muy a menudo se enfrentan a enormes desventajas para obtener y conservar un empleo (OCDE,2012). especialmente durante las “crisis” macroeconómicas (Evans-Lacko et al.,2013). En la actualidad, existe mucha evidencia sobre el empleo con apoyo, cuyo modelo más conocido es la colocación y el apoyo individual (IPS), que ayuda a las personas a obtener un empleo competitivo lo más rápido posible y proporciona capacitación y apoyo continuos de especialistas en empleo. Se ha demostrado que IPS es eficaz en muchos países (Bond et al.,2012), y un estudio europeo de seis ciudades demostró que es muy rentable en comparación con el apoyo profesional tradicional en muchos estudios (Knapp et al.,2013). Un riesgo es que los servicios de IPS no se implementen según lo previsto. Puede resultar útil emplear formadores de IPS para trabajar con profesionales de la salud mental y usuarios de servicios.

Es posible que no todos puedan obtener un empleo remunerado, algunas personas pueden sentir que no lo desean y otras tal vez no puedan lograrlo. Tener una “red de seguridad” económica adecuada es esencial en esas circunstancias, sin embargo, muchas personas con problemas de salud mental no obtienen el apoyo estatal al que tienen derecho, en nuestro país, por el reconocimiento de la discapa-

cidad y/o dependencia. El asesoramiento en materia de bienestar puede aumentar la aceptación y reducir los costos al acortar las estancias hospitalarias, prevenir la falta de vivienda y prevenir las recaídas (Parsonage et al.2013). En otros países como UK los servicios de asesoramiento sobre deudas también pueden ser eficaces y rentables (Pleasance et al.2007:Knapp et al.2011).

Nuestro grupo ha desarrollado un trabajo sistemático orientado, desde el 2004 hasta la actualidad, en una estrategia de empleabilidad IPS en el marco del desarrollo de unos soportes comunitarios para la recuperación donde el tratamiento asertivo comunitario y el equipo de apoyo individualizado al empleo son apoyos esenciales en una “red de redes” (Rodríguez Pulido et al., 2007;Rodríguez Pulido et al.,2011:Rodríguez Pulido et al,2018).

Profundizaremos en el empleo en otros capítulos de esta obra.

VIVIENDA CON APOYO

La falta de vivienda es un riesgo para algunas personas con problemas graves de salud mental, y la vivienda con apoyo puede favorecer la vida independiente en un alojamiento compartido o una habitación individual con el apoyo de un servicio comunitario de salud mental. La atención residencial o los hogares grupales brindan apoyo in situ más intensivo por parte del personal, muchas residencias se han desarrollado a raíz de la desinstitucionalización que ofrecen rehabilitación para mejorar las habilidades para la vida independiente antes de mudarse a un alojamiento independiente.

Las personas con enfermedades mentales graves corren un alto riesgo de quedarse sin hogar (Herman et al., 1998), y aquellos con antecedentes de falta de hogar tienden a atravesar un círculo vicioso y costoso de hospitalización psiquiátrica y situación inestable de vivienda (Rog et al., 2014). Las intervenciones de vivienda con apoyo buscan ayudar las necesidades complejas para lograr una vida independiente en la comunidad y prevenir la espiral dañina de la hospitalización y la falta de vivienda. La Vivienda con apoyo, consiste en alojamiento natural en la comunidad local con apoyo durante 12 meses. Esto se compara con la Vivienda Congregada (residencias), que ofrece alojamiento con personal 24 horas al día, 7 días a la semana durante el mismo período. En ambos casos, se espera que los usuarios del servicio pasen gradualmente a arreglos de vida más independientes en la comunidad.

En Italia, durante el decenio de 1980 se desarrollaron instalaciones residenciales no hospitalarias, de no más de 20 camas, para proporcionar alojamiento alternativo y una red de servicios de rehabilitación. Los resultados del estudio PROGRES encontraron que estos servicios residenciales variaban mucho entre las regiones y

proporcionaban principalmente alojamiento a largo plazo para pacientes mayores, sin personal de tiempo completo para brindar rehabilitación intensiva. También tenían una baja rotación de residentes, alrededor del 31,5% de estos servicios residenciales habían dado de alta a algún paciente, lo que significaba que eran posibles pocas nuevas admisiones (de Girolamo et al. 2002).

A pesar de la variabilidad potencial en los tipos de instalaciones residenciales y de vivienda asistida y lo que proporcionan, es probable que promuevan una mejor calidad de vida a el hospital. Un estudio de 213 unidades de atención a largo plazo para personas con enfermedades mentales graves en diez países europeos encontró que las calificaciones positivas de estas unidades se asociaron con la autonomía, la autogestión y las experiencias de atención de los pacientes (Killapsy et al, 2012). Las unidades hospitalarias puntuaron por debajo de las unidades comunitarias en cuanto a la calidad de su entorno terapéutico. También se han encontrado niveles más altos de autonomía para pequeñas residencias asistidas (de hasta siete personas) en Suecia, y durante las fases agudas de la enfermedad, el apoyo puede aumentarse a los niveles encontrados en las salas de hospitalización, lo que es más aceptable para los residentes (Brunt et al, 2002). Existe la preocupación de que las personas dadas de alta de hospitales psiquiátricos / hospitales psiquiátricos hayan sido trasladadas de una estructura a otra (transinstitucionalización); o a formas más nuevas de atención institucional, como hospitales psiquiátricos / psiquiátricos forenses o alojamiento asistido conocido como “reinstitutionalización”. Priebe et al (2005) evaluaron los cambios en el número de camas de hospital forense, ingresos hospitalarios involuntarios, lugares en viviendas con apoyo, camas de hospital psiquiátrico general y la población carcelaria general entre 1990-1 y 2002-3, en seis países europeos que han pasado por el proceso de desinstitucionalización. Se encontraron aumentos en el número de camas forenses carcelarias.

En estas décadas las camas de hospital y lugares en viviendas asistidas en todos los países han aumentado. Hubo un aumento de las admisiones obligatorias en Inglaterra, los Países Bajos y Alemania, pero no en Italia, España y Suecia. La población carcelaria general ha aumentado en todos los países (entre el 16% y el 104%), siendo Inglaterra y España los que tienen las tasas más altas de encarcelamiento y el menor número de camas forenses. Aunque los datos examinados tienen sus limitaciones, Priebe et al (2005) consideran el aumento de la población carcelaria general como sugerente de reinstitucionalización y posiblemente como resultado de las actitudes generales hacia la contención del riesgo en estas sociedades.

Es evidente que existe un subgrupo de personas con enfermedades mentales graves que requieren apoyo y atención continuos en la comunidad para sus necesidades a largo plazo. Los resultados para este grupo son en general positivos, pero algunos son vulnerables a la marginación de su red social, corren el riesgo de reins-

titucionalización y necesitan un alojamiento estable. Sin embargo, los programas de rehabilitación residencial de la comunidad proporcionan una alternativa eficaz a los hospitales psiquiátricos / hospitales psiquiátricos / atención institucional para este grupo (Chopra et al. 2011). En el Reino Unido, se ha prestado especial atención a las necesidades de este grupo y la importancia de la inversión en una vía de rehabilitación local y alojamiento asistido, que incluya tanto instalaciones para pacientes hospitalizados como comunitarias. Esta vía proporciona un enfoque escalonado para ayudar a las personas a ganar confianza y habilidades para que puedan vivir en entornos cada vez más independientes y graduarse de niveles de apoyo más altos a más bajos de forma secuencial.

A nivel internacional, hay estudios que informan sobre los efectos positivos de programas exitosos de vivienda con apoyo. En los EE. UU., un estudio de adultos sin hogar crónicamente con enfermedades mentales graves en California que recibieron un programa integrado que brinda servicios de vivienda y atención médica informó que pasaron menos días sin hogar con mejor calidad de vida, en comparación con la atención habitual (Gilmer et al., 2010).

En nuestro país hay escasos estudios de evaluación de las viviendas de apoyo, Andalucía (Fundación Andaluza de Salud Mental y Tenerife (Rodríguez García et al., 2017) mostrando un alto grado de satisfacción con la atención recibida vinculada a la relación con los compañeros y a los equipos de apoyo, y la infraestructura, sin embargo sus redes sociales no habían aumentado sensiblemente pero tampoco querían volver al manicomio ni a sus casas.

Housing First, un programa canadiense que ofrece apartamentos en sitios dispersos más un tratamiento comunitario asertivo para personas con grandes necesidades durante 12 meses, muestra una amplia variedad de resultados positivos. Estos incluyen mejor estado de vivienda, mejor calidad de vida en varios dominios (situación de vida, seguridad, ocio, finanzas, relaciones familiares / sociales), capacidad comunitaria (habilidades sociales, adaptación) y síntomas psiquiátricos mejorados (Patterson et al., 2013; Tsemberis, 2013). Los hallazgos son consistentes con revisiones sistemáticas (Coldwell y Bender, 2007; de Vet et al., 2013). La mayoría de los participantes en Housing First en el período de seguimiento de cuatro años pudieron mantener un estatus de vivienda independiente permanente (Stefancic y Tsemberis, 2007).

El modelo Housing First como se ve en Norteamérica no se ve en Inglaterra en su totalidad, aunque se están implementando algunos elementos del enfoque Housing First. Por ejemplo, el proyecto Next Step y la Asociación de Vivienda Metodista de Manchester ofrece alojamiento independiente con algunos servicios de apoyo disponibles, p. ej. ayuda y apoyo para administrar los beneficios y pagar las facturas. Este estudio informó que 17 de 19 usuarios del servicio lograron una vida indepen-

diente después de participar en el programa de vivienda con apoyo (Departamento de Salud, 2011).

La evidencia internacional reciente sobre los programas de vivienda con apoyo sugiere reducciones en el uso de atención hospitalaria y de accidentes y emergencias por parte de los participantes (Russolillo et al., 2014). Un estudio encontró que el aumento en el número de visitas ambulatorias se vio compensado por reducciones en el uso de servicios hospitalarios y de emergencia más costosos y en los contactos con el sistema de justicia penal (Gilmer et al., 2010). Se utilizó un modelo económico para explorar las implicaciones de la vivienda con apoyo en un entorno del Reino Unido, con costos de intervención basados en programas implementados en Manchester para Vivienda Congregada y Dispersa. En el caso base, los resultados muestran que la Vivienda Dispersada es más efectiva y menos costosa que la Vivienda Congregada. La opción de vida independiente dispersa es, por lo tanto, una estrategia dominante que debe considerarse para recomendación.

Existe alguna evidencia internacional que sugiere que existe estudio económico para utilizar este enfoque para las personas con enfermedades mentales graves. Es necesario seguir trabajando en esta línea teniendo en cuenta factores contextuales locales, como la naturaleza del mercado de la vivienda y el sistema de beneficios de la vivienda. Sin embargo, los resultados iniciales son positivos.

Un enfoque coordinado en diferentes sectores es fundamental para obtener resultados exitosos. Un enfoque de atención escalonada puede incluir viviendas independientes por tiempo limitado, así como niveles intensos de apoyo flotante durante quizás seis a ocho semanas cuando las personas se trasladan a un alojamiento totalmente independiente.

En resumen, la vivienda con apoyo intenta ayudar a las personas con necesidades complejas a vivir de forma independiente en la comunidad. Si está bien planificada y entregada, y tiene una calidad decente, la vivienda con apoyo puede prevenir una espiral dañina de hospitalización y falta de vivienda, el uso de servicios de emergencia y los contactos de la justicia penal (Russolillo et al., 2014; Gilmer et al. 2010). El modelo económico simple desarrollado por Knapp et al., (2014) encontró que la vida independiente dispersa, cuando se examinó en un contexto UK, era más rentable que la vivienda colectiva.

ESTIGMA

En ocasiones los pacientes con esquizofrenia asumen como propio el estigma social relacionado con la enfermedad y se origina el denominado estigma personal. En ocasiones, los propios pacientes se identifican con los estereotipos negativos y los asumen como propios, lo que origina el denominado estigma interiorizado o

autoestigma que junto con el estigma percibido (percepción de rechazo) y el estigma experimentado (experiencia de discriminación) conforman el estigma personal (Gerlinger et al., 2013).

El estigma percibido se define como las creencias y actitudes negativas que los pacientes con esquizofrenia creen que la sociedad tiene hacia ellos. La anticipación de estas actitudes contribuye a que los pacientes decidan no relacionarse y aumente así el aislamiento social. Por su parte, el estigma experimentado hace referencia a las vivencias concretas de rechazo, discriminación o falta de oportunidades que han sufrido debido a la enfermedad. El estigma personal se constata en pacientes con esquizofrenia de diferentes países y culturas, con una prevalencia que va del 36% al 64% según el estudio (Gerlinger et al., 2013; Brohan et al., 2007; West et al., 2011).

Los componentes del estigma percibido y autoestigma ha sido caracterizado por Rüscher et al. (2005) de la siguiente manera:

Estigma percibido : Estereotipo: Creencia negativa acerca de un grupo como Incompetencia Debilidad de carácter Peligro Prejuicio: Acuerdo con la creencia y / o Reacción emocional negativa como Ira o Miedo Discriminación: Respuesta de comportamiento al prejuicio como: Evitación de oportunidades de trabajo y vivienda Retención de ayuda.

Autoestigma: Estereotipo: creencia negativa sobre uno mismo, como incompetencia, debilidad de carácter, peligrosidad, prejuicio: acuerdo con la creencia, reacción emocional negativa, como baja autoestima o baja autoeficacia. Discriminación: respuesta de comportamiento al prejuicio, por ejemplo: no persigue oportunidades de trabajo y vivienda. busca ayuda

El estigma personal se ha relacionado con variables clínicas, como la edad de inicio de la enfermedad o el estado psicopatológico (Lysaker et al., 2012; Gerlinger et al., 2013) con variables sociodemográficas, como la edad, el nivel educacional o el estatus socioeconómico (Krajewski et al., 2013, Werner et al., 2008) aunque estos últimos datos no son concluyentes (Lysaker et al., 2012). En general, hay un mayor consenso respecto a la falta de relación entre el género y el nivel de estigma expresado por los pacientes. Asimismo, el estigma personal produce un grave impacto sobre la vida de las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, ya que se relaciona con pérdida de autoestima, depresión, aumento de la gravedad de los síntomas psicóticos, mala adherencia al tratamiento psicofarmacológico, peor funcionamiento social y laboral y peor calidad de vida (Boyd et al., 2014; Park et al., 2013; Flores-Reynoso, et al., 2012; Cavelti et al., 2012; Watson et al., 2007). Todo esto hace que el estigma personal se convierta en una barrera para los procesos de recuperación en esquizofrenia (Cano et al., 2010), y que se considere que debe formar parte de los objetivos de tratamiento de la rehabilitación psicosocial.

El estigma personal se relaciona con peor adherencia al tratamiento y peor funcionamiento social, por tanto, es importante contar con medidas adecuadas del estigma personal.

El estigma experimentado puede afectar muchos aspectos de sus vidas y, a menudo, puede manifestarse en una discriminación flagrante y dañina (Thornicroft et al.2006). El estigma puede limitar el acceso a la educación, el empleo y la vivienda, puede dañar las relaciones sociales y la autoestima, y puede erigir barreras en la forma de buscar tratamiento. De esta forma, también puede resultar socialmente costoso (Sharac et al.,2010). Sin embargo, aunque son difíciles de evaluar, los estudios de las campañas contra el estigma en Escocia e Inglaterra muestran que tienen un impacto positivo modesto pero significativo en las actitudes de la población, que son de bajo costo y potencialmente rentables porque, entre otras cosas, alentar a las personas a utilizar los servicios adecuados, evitando así eventos impulsados por crisis (McCrone et al. 2010; Evans-Lacko et al,2013).

Si bien el modelo de autoestigma, que se origina en la investigación de la psicología social sobre otros grupos estigmatizados (por ejemplo, personas de color, personas con enfermedades físicas), es útil para comprender las diferentes formas en que las personas reaccionan al estigma, se deben considerar tres aspectos incluido para tener en cuenta el caso especial de enfermedad mental (Rüsch, et al,2005). Primero, el autoestigma que resulta en una disminución de la autoestima y la autoeficacia debe distinguirse de la disminución de la autoestima durante los síndromes depresivos que son comunes no solo en los trastornos afectivos. En segundo lugar, la reacción a las condiciones estigmatizantes depende de la conciencia de tener una enfermedad mental, que puede verse afectada durante episodios de, por ejemplo, una condición psicótica (Rush et al.,2002). En tercer lugar, la reacción a un entorno estigmatizante depende de la percepción que uno tenga de los sutiles mensajes estigmatizantes de otras personas. Esta cognición social puede verse afectada en enfermedades mentales graves como la esquizofrenia (Corrigan et al 2001).

Por ello se han propuestos modelos de internalization autoestigma y sus efectos en las personas con trastornos mentales graves. Para ello, Drapalski et al. (2013) examinaron la prevalencia del estigma internalizado entre individuos con enfermedades mentales graves y construir y probar un modelo hipotético de las interrelaciones entre el estigma internalizado, el autoconcepto y los síntomas psiquiátricos. Cien individuos, la mayoría de los cuales eran afroamericanos y tenían un diagnóstico de enfermedad mental grave, estaban recibiendo servicios de salud mental de uno de los tres programas comunitarios de salud mental para pacientes ambulatorios o de un centro médico de Asuntos de Veteranos. Completaron una entrevista que incluyó medidas de estigma internalizado, síntomas psiquiátricos, autoestima, autoeficacia y orientación a la recuperación. Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales

(SEM) para examinar las interrelaciones entre estas variables. Encontraron que un treinta y cinco por ciento de los participantes informaron niveles moderados a severos de estigma internalizado, que no se asoció significativamente con ninguna variable demográfica o diagnóstico. Sin embargo, un mayor estigma internalizado se asoció con niveles más bajos de autoestima, autoeficacia y orientación a la recuperación, así como con síntomas psiquiátricos más graves. El SEM produjo un estadístico de chi cuadrado no significativo y otros índices de ajuste indicativos de un buen ajuste del modelo (índice de bondad de ajuste = .96, error cuadrático medio de aproximación = .011). Concluyeron que el estigma internalizado preveía y era problemático entre las personas con enfermedades mentales graves. Puede haber múltiples vías a través de las cuales el estigma y la discriminación conducen a resultados negativos, lo que sugiere que las intervenciones para reducir el estigma internalizado deben apuntar a múltiples puntos a lo largo de estas vías para que sean efectivas.

Una de las medidas más utilizadas es la escala Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI). Esta escala está disponible en español, aunque la versión original diseñada no se sometió a un análisis psicométrico riguroso. La nueva versión española es conocida como Estigma Interiorizado de Enfermedad Mental (EIEM). Bengochea-Seco et al (2018) estudiaron las propiedades psicométricas de una nueva versión en español de la EIEM. Calcularon la consistencia interna y la fiabilidad test-retest en una muestra de 69 pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. También se analizaron el porcentaje de pacientes que mostraban estigma, y su relación con variables sociodemográficas y clínicas. La nueva versión obtuvo valores adecuados de consistencia interna y fiabilidad test-retest para el total de la prueba (0,91 y 0,95 respectivamente) y para las 5 subescalas que integran la EIEM, salvo la subescala de Resistencia al estigma (alfa de Cronbach 0,42). La EIEM parece una escala adecuada para valorar el estigma personal en población española con trastorno mental grave, al menos en personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

La mayoría de las investigaciones sobre intervenciones para contrarrestar el estigma y la discriminación se han centrado en resultados a corto plazo y se han realizado en entornos de ingresos altos (Mehta et al, 2015). Estos autores en un intento de sintetizar lo que se conoce a nivel mundial sobre intervenciones efectivas para reducir el estigma y la discriminación basados en enfermedades mentales, primero en relación con la efectividad a mediano y largo plazo (mínimo 4 semanas), y en segundo lugar a las intervenciones en países de ingresos bajos y medianos (PIBM). Se realizaron búsquedas en seis bases de datos desde 1980 hasta 2013. Se incluyeron en la revisión ochenta estudios (n = 422 653). Para los estudios con seguimiento a medio o largo plazo (72, de los cuales 21 tenían tamaños de efecto calculables), las diferencias medias estandarizadas medianas fueron 0,54 para el conocimiento y

-0,26 para las actitudes estigmatizantes. Los que contenían contacto social (directo o indirecto) no fueron más efectivos que los que no lo tenían. Los 11 estudios de PIBM fueron todos de países de ingresos medios. Los tamaños del efecto rara vez se pudieron calcular para los resultados conductuales o en los estudios de PIBM. Concluyeron que existe evidencia modesta de la efectividad de las intervenciones contra el estigma más allá de las 4 semanas de seguimiento en términos de aumentar el conocimiento y reducir las actitudes estigmatizantes. La evidencia no respalda la opinión de que el contacto social sea el tipo de intervención más eficaz para mejorar las actitudes a medio y largo plazo. Vemos que se necesita una investigación metodológicamente sólida en la que basar las decisiones sobre la inversión en intervenciones para reducir el estigma.

CENTROS DE EDUCACIÓN PARA LA RECUPERACIÓN

Recovery Colleges (“Centros de educación para la recuperación”) han surgido como uno de los desarrollos de servicios clave para apoyar la recuperación de las personas (Shepherd et al., 2015). El primer Recovery College fue establecido en 2009 por Rachel Perkins en el suroeste de Londres y un segundo College se estableció rápidamente en Nottingham (Perkins et al., 2015). Ahora hay casi 40 en funcionamiento, principalmente en Inglaterra, pero también en Escocia, Irlanda, Italia, Australia y Japón.

Las universidades de recuperación ofrecen una forma diferente de pensar sobre los procesos fundamentales que subyacen a la salud mental. El modelo educativo de recuperación utilizado tienen el potencial de restaurar la esperanza al aumentar el sentido de control de las personas sobre sus vidas y ayudarlas a aprovechar las oportunidades para perseguir las metas elegidas. Estos procesos son fundamentales para una recuperación exitosa (Repper y Perkins, 2003; Shepherd et al., 2008). Otro elemento crucial en el modelo de educación para la recuperación que es muy diferente de los enfoques tradicionales de salud se refiere a la dimensión del poder.

En los enfoques tradicionales, generalmente se asume que la mayor parte del conocimiento y la experiencia reside en los profesionales. Disponen de información y formación especializada en trastornos y tratamientos y están en una posición de poder en cuanto a sus interacciones con los “pacientes” (aunque no en todos los casos, este es el estereotipo). Por el contrario, en las sesiones docentes coproducidas del Recovery College, el profesional y el usuario del servicio están claramente en pie de igualdad, tanto en términos de facilitar el aprendizaje como como estudiantes. Los formadores coproducen y co-facilitan las sesiones de enseñanza y los estudiantes que son usuarios de servicios, cuidadores y profesionales de la salud mental aprenden juntos como iguales. A medida que aprenden juntos, es obvio que

ninguno de los dos tiene el monopolio de la “verdad” y la experiencia vivida por el usuario del servicio o el capacitador de pares es tan importante y válida como la competencia técnica del profesional. Por supuesto, todo profesional experimentado (y usuario de servicios) ya sabe que este es el caso, pero rara vez se reconoce explícitamente. Aprender juntos, en público, proporciona una demostración dramática de una relación de poder muy diferente. Crea un espacio donde el conocimiento y la experiencia del “paciente” pueden crecer y ser explícitamente poseídos. Creemos que este cambio demostrable en las relaciones de poder explica en gran medida la notable coherencia de los resultados positivos de Recovery Colleges en todas las culturas.

Las características claves (McGregor et al. 2014) que definen las universidades de recuperación son las siguientes:

1. Basado en principios educativos: estructura clara para planes de lecciones, cursos y períodos. Cada estudiante tiene un “Plan de aprendizaje individual” (ILP).
2. Coproducción - todo se coproduce, con co-facilitación y co-aprendizaje.
3. Basado en fortalezas para estudiantes y personal, no basado en problemas / deficiencias.
4. Centrado en la persona: el estudiante elige los cursos en los que está interesado en asistir, no basado en referencias. Ningún requisito de diagnóstico o evaluación formal de riesgos.
5. Progresivo: los estudiantes trabajan para alcanzar metas más allá de la Universidad y la graduación.
6. Frente a la comunidad: participación activa con agencias en la comunidad local, énfasis en el trabajo en asociación. Inclusivo: da la bienvenida a estudiantes de todos los tipos, culturas y logros educativos; también personal, familiares, amigos y cuidadores, gratis para todos.

A continuación vemos algunas narrativas de los estudiantes de estas universidades de la Recuperación:

Smith

“Los cursos que tomé me dieron una nueva perspectiva y me abrieron un futuro [...]. Hablar con otras personas que experimentan cosas similares ayudó. Recibí comentarios positivos y el aliento de todos los involucrados. Agregue a esto nuevos amigos y un sentimiento especial de igualdad y esto se sintió como un verdadero punto de inflexión [...]. Pasé de no salir solo a dar un discurso en el evento de graduación. Por primera vez en mucho tiempo, desde mi crisis nerviosa hace doce años, estaba emocionado por lo que me esperaba. Una vez más sentimos que tenemos un nuevo propósito y esperanza en nuestras vidas”.

Ellen Rose.

“Asistí a un curso de afrontar la ansiedad el año pasado. Elegí este curso porque sufrí de depresión y ansiedad severas desde que tuve una crisis nerviosa hace 13 años. He estado en una amplia variedad de cursos durante esos años para tratar de ayudar en mi recuperación. La principal diferencia y ventaja de este curso fue que se utilizó un modelo educativo. Todos teníamos la misma voz [...]. Había una estructura clara e intenciones de aprendizaje bien definidas.

Bridget Lawson.

“Logré mis metas de mejorar las habilidades sociales y la confianza. Las medidas de los resultados del aprendizaje del curso me ayudaron a registrar mi progreso y me sorprendió y me complació ver cuánto había aprendido. La experiencia de los compañeros garantiza una sensación de profunda empatía en el aprendizaje, lo que ayuda a que la teoría de la investigación profesional cobre vida. La experiencia de otros compañeros crea una dimensión de apoyo adicional y una oportunidad para que se desarrollen amistades. Me convertí en Representante de Estudiantes, dirigí un sindicato de estudiantes y realicé opiniones a la universidad. Mi opinión fue valorada y mi confianza creció. Con toda esta progresión, me han dado de alta de los servicios de salud mental. Mi experiencia en Recovery College me llevó directamente a un empleo a tiempo parcial con una Asociación de Vivienda y al trabajo de apoyo de pares con el NHS. ¡Muchas gracias a Recovery College porque las cosas se ven más brillantes! Todas las citas de Sussex Recovery College (www.sussexrecoverycollege.org.uk).

Finalmente, mencionar que estas universidades se han establecido en algunos países, aunque aún sin una base de evidencia. Estas universidades “brindan educación y programas de capacitación integrales y dirigidos por pares dentro de los servicios de salud mental ... brindan educación como una ruta hacia la recuperación, no como una forma de terapia”. Los cursos son co-ideados y co-impartidos por personas con experiencia vivida de enfermedades mentales y por profesionales de la salud mental. Sus servicios deben ofrecerse tanto a los usuarios como a los profesionales y las familias, y las personas deben elegir los cursos a los que les gustaría asistir de un prospecto” (Perkins et al., 2015). Una evaluación incontrolada de una universidad sugirió que la mayoría de las personas con problemas de salud mental que asistían habían desarrollado sus propios planes de recuperación, eran más optimistas sobre el futuro y se habían comprometido más en el empleo, la educación y el voluntariado (Rinaldi et al., 2012).

BIBLIOGRAFÍA

- Andrew Soundy, Brendon Stubbs Carolyn Roskell, Sarah E. Williams, Andrew Fox, and Davy Vancamp for Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Mental Health* · February 2015 .DOI: 10.3109/09638237.2014.998811.
- Mancini, M.A., Hardiman, E.R., and Lawson, H.A. Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2005;29(1): 48-55.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I. et al. Processes of recovery in psychosis: findings from a multi-national study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2005;8(3), 177 – 201 Andersen et al 2003).
- Knapp M, McDaid D, Park AL. Recovery and economics. *Die Psychiatrie* 2015; 12: 162- 6.
- Kraepelin, E. (1902). *Dementia praecox*, in *clinical psychiatry: A textbook for students and physicians* (6th ed.). New York, NY: Macmillan.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans.). New York, NY: International Universities Press.
- Huber, G., Gross, G., Schuttler, R., & Linz, M. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 1980; 6, 592–605.
- Harding, C. M. Speculations on the measurement of recovery from severe psychiatric disorder and the human condition. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 1986; 11(4), 19–204.
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact. *Hospital and Community Psychiatry*, 1987a; 38(5), 477–486.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry*. 1987b Jun;144(6):718-26. doi: 10.1176/ajp.144.6.718.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1987c, 144:727–35.
- Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H., & Liberman, P. Work and mental illness. I. Toward an integration of the rehabilitation process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1987d, 175(6), 317– 327.
- Harding, C. M. Long-term follow-up studies of schizophrenia: Recent findings and surprising implications. *Yale Psychiatric Quarterly*, 1989, 11(3), 3–5.
- Bethany L. Leonhardt, Kelsey Huling, Jay A. Hamm, David Roe, Ilanit Hasson- Ohayon, Hamish J. McLeod & Paul H. Lysaker. Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2017; DOI: 10.1080/14737175.2017.1378099.
- Mary O'Hagan. Recovery: is consensus possible?. *World Psychiatry* 2012; 11:3:167-168.
- Mary O'Hagan. Guest Editorial. Recovery in New Zealand: Lessons for Australia?. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 2004; Vol. 3, Issue 1. ISSN: 1446-7984.

- Slade, M., & Hayward, M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007; 116, 81- 83.
- Deegan, P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996; 19(3), 91–98.
- Anthony, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Innovations and Research*, 1993; 2(3), 17–24.
- Davidson, L., & Strauss, J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 1992; 65, 131–145.
- Deegan, P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1988; 11(4), 11–19.
- Davidson L, Stayner DA, Lambert S, et al: Phenomenological and participatory research on schizophrenia: recovering the person in theory and practice. *Journal of Social Issues* 1987;53:767-784.
- Davidson L, O'Connell M, Tondora J, et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr*. 2005;36:480–7.
- Rose, N. Psychiatry as political science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of Human Sciences*, 1996; 9, 1–23.
- Rose N. *Our Psychiatric Future*. Polity Press (1 diciembre 2018). ISBN-10 : 0745689116
- Ademola Adeponle Laurence J. Kirmayer. Cultural contexts and constructions of recovery. Chapter · August 2012. DOI: 10.1093/med/9780199691319.003.0008.
- Howell. A. Voronka J, Introduction: The Politics of Resilience and Recovery in Mental Health Care. *Studies in Social Justice* 2012; Volume 6, Issue 1, 1-7.
- Marcia G. Hunt, and Sandra G. Resnick, Two Birds, One Stone: Unintended Consequences and a Potential Solution for Problems With Recovery in Mental Health. *Psychiatric Services* 2015; 66:1235–1237; doi: 10.1176/appi.ps.201400518.
- Marino J. C.K. To belong, contribute, and hope: first stage development of a measure of social recovery. *Ment Health* 2015 Apr;24(2):68-72. doi:10.3109/09638237.2014.954696.
- Roberto Mezzina, Larry Davidson, Marit Borg, Izabel Marin, Alain Topor & Dave Sells . The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2006;9:1, 63-80, DOI:10.1080/15487760500339436.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 2011; 57(1), 90–99. doi:10.1177/ 0020764010345062.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2006; 9(1), 17–37. doi:10.1080/154877605003394.
- Harper, D., & Speed, E. Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience. *Studies in Social Justice*, 2013;6(1), 9–26.
- Rhys Price-Robertson, Angela Obradovic & Brad Morgan (2016): Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach, *Advances in Mental Health*, DOI: 10.1080/18387357.2016.1243014.
- Jacobson, N., & Farah, D. Recovery through the lens of cultural diversity. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2012;35(4), 333–335. doi:10.2975/35.4.2012.333.335.

- Jacobson, N., Farah, D., & the Toronto Recovery and Cultural Diversity Community of Practice. (2010). *Recovery through the lens of cultural diversity*. Toronto: Wellesley Institute.
- Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:26.
- Howell A. Vorokova, J. Introduction: The Politics of Resilience and Recovery in Mental Health Care. *Studies in Social Justice* 2012; Volume 6, Issue 1, 1-7.
- Robert Paul Liberman, Alex Kopelowicz. La capacitación de habilidades para el auto-control de la enfermedad en la rehabilitación de la esquizofrenia. Un programa de asistencia a la familia para la comunidad latina en California. *Salud Mental* 2009;31:93-10T5.
- Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: background and first steps. *World Med Journal* 2009;55:104-7.
- Juan Enrique Mezzich, Alberto Perales. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2016 Vol 33 (4).
- Anthony, W. A.. A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000;(2), 159–168. <https://doi.org/10.1037/h0095104>.
- Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;162:441–449.
- Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2002;14:256–272.
- Torgalsbøen A. What is recovery in schizophrenia? In: Provencher HL, Keyes CLM, eds. *Severe Mental Illness, Research Evidence and Implications for Practice*. Boston, MA: Boston University; 2013:302–315.
- Slade M, Bird V, Le Boutillier C, et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*. 2011;11:185.
- Slade, M., Wallace, G. (2017). *Recovery and mental health*. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.), *Wellbeing, recovery and mental health* (p. 24–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316339275.004>.
- Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11.
- Davidson, L & Roe, D 2007, 'Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery', *Journal of Mental Health*, vol. 16, pp. 459–470.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual frame-work for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445–52.
- Victoria Bird Mary Leamy, Jerry Tew, Clair Le Boutillier Julie Williams and Mike Slade. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014, Vol. 48(7) 644–653. DOI: 10.1177/000486741352004.

- Andresen, R, Oades, LG & Caputi, P. *Psychological recovery: beyond mental illness*, Wiley- Blackwell, West Sussex UK2011.
- Andresen R, Oades LG & Caputi P. The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006;vol. 40:872-980.
- Andresen R, Oades LG & Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003;37:586-594.
- Glover, H. 'Recovery, Life Long Learning, Social Inclusion and Empowerment: Is a new paradigm emerging?' in P Ryan, S Ramon & T Greacen, *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: towards a new paradigm*, Palgrave Publishers.2012.
- Le Boutillier, C, Leamy, M, Bird, VJ, Davidson, L, Williams, J, & Slade M. 'What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance', *Psychiatric Services*, 2011:vol. 62, no. 12, December, pp.1470-6, (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193795).
- Deegan PE. *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11.
- Morrison LJ. *Talking back to psychiatry: The psychiatric consumer/survivor/ex-patient movement*. London: Routledge; 2013.
- Kirkpatrick H, Byrne C. A narrative inquiry: Moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(1):68-75. pmid:19192088.
- Duff, C. Atmospheres of recovery: Assemblages of health. *Environment and Planning A*, 2016; 48 (1), 58-74. doi:10.1177/0308518X15603222.
- Rhodes P, De Jager A. Narrative studies of recovery: A critical resource for clinicians. *Clinical Psychologist*. 2014;18(3):99-107.
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A. and Sells, D. The social nature of recovery', *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2006;9, p. 63-80.
- Tew, J. *Social Approaches to Mental Distress*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.2011.
- Breier, A., & Strauss, J. S. The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1984;141, 949-95.
- Warner, R. *Recovery from schizophrenia—Psychiatry and political economy* (3rd ed.). New York: Brunner Routledge.2004.
- Borg, M., & Davidson, L. The nature of recovery as lived everyday experience. *Journal of Mental Health*, 2007;17:129-140. <https://doi.org/10.1080/09638230701498382>.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 2012;42(3), 443-460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>.
- Topor, A. *Managing the contradictions – Recovery from severe mental disorders*. Stockholm University, Department of Social Work, SSSW no 18.2001.
- Denhov, A., & Topor, A. The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 2012; 55, 417-424.

- Borg, M., & Kristiansen, K. Recovery-orientated profession- als: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 2004;13, 493–505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>.
- Topor, A., & Denhov, A. Going beyond—User ´ s experiences of helpful professionals. *Psychosis*, 2015;7, 228–236. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.956784>.
- Alain Topor· Tore Dag Bøe· Inger Beate Larsen. Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*, 2018;54:1212–1220 <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0245-9>.
- Beate Larsen, Tore Dag Bøe & Alain Topor. Things matter: about materiality and recovery from mental health difficulties, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2020; 15:1, 1802909, DOI: 10.1080/17482631.2020.1802909.
- Hanghøj, S. A. B. (2005). Når tingene giver svaret - materi- aliseringsproces og kultura- nalyse. In M. Kraglund & L. Otto (Eds.), *Materialitet og Dannelse. En studiebog* (pp.135–157). Pædagogiske Universitets Forlag.
- Tew, J. Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health diffi- culties? Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 2013;16(3), 360–374. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.687713>.
- Larsen, I. B. Det sitter i veggene”. *Materialitet og mennesker i distriktskykiatriske sentra. The University of Bergen*.2009.
- Nina Petersen Reed, Staffan Josephsson & Sissel Alsaker (2020) A narrative study of mental health recovery: exploring unique, open-ended and collective processes, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15:1, DOI: 10.1080/17482631.2020.1747252.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 2011;57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>.
- Duff, C. (2012). Exploring the role of ‘enabling places’ in promot- ing recovery from mental illness: A qualitative test of a relational model. *Health & Place*, 18(6), 1388–1395. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.07.003>.
- Myers, N. A. L. (2016). Recovery stories: An anthropological exploration of moral agency in stories of mental health recovery. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 427–444. <https://doi.org/10.1177/1363461516663124>.
- Kogstad, R. E., Ekeland, T. J., & Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: Recovery processes investigated with the help of clients’ narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x>.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>.
- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 8(1), 5–23. <https://doi.org/10.1080/0951839950080103>.

- Bruner, J. *Acts of meaning*. Harvard University Press.1990.
- Alsaker, S., Bongaardt, R., & Josephsson, S. (2009). Studying narrative-in-action in women with chronic rheumatic conditions. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1154–1161. <https://doi.org/10.1177/1049732309341478>.
- Josephsson, S., & Alsaker, S. Narrative methodology: A tool to access unfolding and situated meaning in occupation. In Shoba Nayar & Mandy Stanley (Eds.), *Qualitative research methodologies for occupational science and therapy* 2014; 86-99. Routledge.
- Ricoeur, P. *Time and narrative* (K. McLaughlin & D. Pellauer, Trans. Vol. 1). The University of Chicago Press.1983.
- Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
- LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G. *Mad matters: A critical reader in Canadian mad studies*. Ontario: Canadian Scholars' Press; 2013.
- Spector-Mersel G, Knaifel E. Narrative research on mental health recovery: two sister paradigms. *Journal of Mental Health*. 2018;27(4):298–306. DOI: 10.1080/09638237.2017.1340607.
- Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996;19(3):91.
- Moran GS, Russinova Z, Gidugu V, Yim JY, Sprague C. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*. 2012;22(3):304–19. pmid:21900694.
- Cronise R, Teixeira C, Rogers ES, Harrington S. The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2016;39(3):211. pmid:27618458.
- Nurser KP, Rushworth I, Shakespeare T, Williams D. Personal storytelling in mental health recovery. *Mental Health Review Journal*. 2018;23(1):25–36.
- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2007;31(1):9. pmid:17694711.
- Rennick-Egglestone S, Morgan K, Llewellyn-Beardsley J, Ramsay A, McGranahan R, Gillard S, et al. Mental health recovery narratives and their impact on recipients: systematic review and narrative synthesis. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2019; Forthcoming.
- Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*. 2011;5(1):11. pmid:21569633.
- Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, et al. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS ONE* 2019; 14(3): e0214678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678>.
- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*, 2007; 31(1):9
- Scottish Recovery Network. Write to recovery. <https://writetorecovery.net/>. Accessed 13 Feb 2019.

- Nurser K, Rushworth I, Shakespeare T, Williams D. Personal storytelling in mental health recovery. *Mental Health Rev J* 2018;23(1):25–36.
- Scottish Recovery Network .Story sharing guidance. https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2016/08/SRN_Story_sharing_guidance_new_logo.pdf. Accessed 30 Jan 2019 .
- Substance Abuse Mental Health Services Administration. Share Your story: a how-to guide for digital storytelling. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/samhsa-storytelling-guide.pdf. Accessed 25 Oct 2018 McAdams DP. The stories we live by: personal myths and the making of the self. Guilford Press, New York 1993.
- Sommer R The use of autobiography in psychotherapy. *J Clin Psychol* 2003;59(2):197–205
- Williams A, Fossey E, Farhall J, Foley F, Thomas N. Recovery after psychosis: qualitative study of service user experiences of lived experience videos on a recovery-oriented website. *J Med Internet Res Mental Health* 2018;5(2):e37.
- Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005;17(2):123–131.
- Shaw L-K, Homewood J. The effect of eating disorder memoirs in individuals with self-identified eating pathologies. *J Nerv Ment Dis* 2015;203(8):591–595. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000347>.
- Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K, Repper J, Yeo C, Ng F, Roe J, Gillard S, Thornicroft G, Booth S, Slade M The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: qualitative analysis and change model. *PLoS One* 2019.
- Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, Manley D, McGranahan R, Pollock K, Ramsay A, Tore Sælør K, Wright N, Slade M . Characteristics of mental health recovery narratives: systematic review and narrative synthesis. *PLoS One* 2019;14(3):e0214678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678>.
- Jabareen Y. Building a conceptual framework: philosophy, definitions, and procedure. *Int J Qual Methods* 2009;8(4):49–62.
- Curran E, Adamson G, Rosato M, De Cock P, Leavey G. Profiles of childhood trauma and psychopathology: US National Epidemiologic Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53(11):1207–1219.
- Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, Johnson S .Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52(12):1451–1461.
- MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderson KK, Iyer SN. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53(10):1005–1038.
- Hall JM Narrative methods in a study of trauma recovery. *Qual Health Res*, 2011; 21(1):3–13 20.
- Thornhill H, Clare L, May R. Escape, enlightenment and endurance: narratives of recovery from psychosis. *Anthropol Med* 2004;11(2):181–199.
- Joy Llewellyn-Beardsley, Stefan Rennick-Egglestone, Simon Bradstreet, Larry Davidson, Donna Franklin, Ada!Hui, Rose!McGranahan, Kate Morgan, Kristian Pollock,

- Amy!Ramsay, Roger Smith, Graham Thornicroft. Mike Slade. Not the!story you want? Assessing the”t of a conceptual framework characterising mental health recovery narratives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2020) 55:295–308 <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01791-x>.
- Stefan Rennick-Egglestone, Rachel Elliott, Melanie Smuk, Clare Robinson, Sylvia Bailey, Roger Smith, Jeroen Keppens Hannah Hussain, Kristian Pollock, Pim Cuijpers, Joy Llewellyn-Beardsley , Fiona Ng , Caroline Yeo , James Roe, Ada Hui, Lian van der Krieke , Rianna Walcott and Mike Slade. Impact of receiving recorded mental health recovery narratives on quality of life in people experiencing psychosis, people experiencing other mental health problems and for informal carers: Narrative Experiences Online (NEON) study protocol for three randomised controlled trials. Rennick-Egglestone et al. *Trials* (2020) 21:661 <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04428-6>.
- Leonard Miller Æ Timothy T. Brown Æ David Pilon Æ Richard M. Scheffler Æ Monica Dav. Patterns of Recovery from Severe Mental Illness: A Pilot Study of Outcomes. *Community Ment Health J* (2010) 46:177–187 DOI 10.1007/s10597-009-9211-x.
- Anna Scheyett, Joseph DeLuca, Candice Morgan. Recovery in Severe Mental Illnesses: A Literature Review of Recovery Measures. *Social Work Research*, 2013; Volume 37, Issue 3, September, Pages 286–303, <https://doi.org/10.1093/swr/svt018>.
- Patricia Penas Ioseba Iraurgi M. Concepción Moreno Jose J. Uriarte. How is evaluated mental health recovery?: A systematic review *Actas Esp Psiquiatr* 2019;47(1):23-32.
- Serafín Lemos-Giráldez , Leticia García-Alvarez, Mercedes Paino, Eduardo Fonseca-Pedrero, Oscar Vallina-Fernández, Guillermo Vallejo-Seco, Purificación Fernández-Iglesias, Nuria Ordóñez-Cambolor, Jessica Solares-Vázquez, Laia Mas-Expósito, Ana Barajas, Retta Andresen. Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry* 56 (2015) 51–58.
- Robin Michael Van Eck , Thijs Jan!Burger, Astrid!Vellinga, Frederike!Schirmbeck , Lieuwelde Haan. The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2018, vol. 44 no. 3 pp. 631–642, doi:10.1093/schbul/sbx088 Advance Access publication July 14, 2017.
- Knapp M, McDaid D, Park AL. Recovery and economics. *Die Psychiatrie* 2015;12:162-6.
- Shalaby RAH, Agyapong VIO. Peer Support in Mental Health: Literature Review *JMIR Ment Health* 2020;7(6):e15572. DOI: 10.2196/15572.
- Slade, M., Longden, E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 2015: 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>.
- Elizabeth Bromley, Sonya Gabrielian, Benjamin Brekke, Rohini Pahwa, Kathleen A Daly, John S Brekke, Joel T Braslow. Experiencing community: perspectives of individuals diagnosed as having serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2013 Jul 1;64(7):672-9. doi: 10.1176/appi.ps.201200235.
- O’Hagan M, Cyr C, McKee H, Priest R. Making the case for peer support. In: Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada. 2010. p. 1-92.
- Simpson A, Quigley J, Henry SJ, Hall C. Evaluating the selection, training, and support of peer support workers in United Kingdom. *J Psychosoc Nurs*. 2014;52:31-4

- Repper J. Peer supporter workers: theory and practice. UK: NHS Confederation; 2013, June. Available from: <http://www.nhsconfed.org/Documents/ImROC%20Peer%20Support%20Workers%20Theory%20and%20Practice.pdf> [accessed 15.12. 13].
- Slade M. 100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: Um guia para profissionais da saúde mental. Lisbon, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2011.
- M, Cyr C, McKee H, Priest R. Making the case for peer support. In: Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada. 2010. p. 1---92.
- Repper J, Perkins R. Social inclusion and recovery: a model for mental health practice. Edinburgh: Baillière Tindall; 2003.
- Puschner B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:413–4. <https://doi.org/10.1017/S204579601800015X>.
- Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27:392. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>.
- Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ.* 2002;325:1265. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1265>.
- Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014;13:12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>.
- Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, Berends L. Consumer- providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3:CD004807. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>.
- Vally Z, Abrahams L. The effectiveness of peer-delivered services in the management of mental health conditions: a meta-analysis of studies from low- and middle-income countries. *Int J Adv Couns.* 2016;38:330–44. <https://doi.org/10.1007/s10447-016-9275-6>.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry.* 2012;11:123–8. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>.
- Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J.* 2013;36:28–34. <https://doi.org/10.1037/h0094744>.
- Pathare S, Kalha J, Krishnamoorthy S. Peer support for mental illness in India: an underutilised resource. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:1–5. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000161>.
- Fan Y, Ma N, Ma L, Xu W, Steven Lamberti J, Caine ED. A community-based peer support service for persons with severe mental illness in China. *BMC Psychiatr.* 2018;18:170. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1763-2>.
- Vandewalle J, Debyser B, Beeckman D, Vandecasteele T, van Hecke A, Verhaeghe S. Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2016;60:234–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>.
- Galia S, Moran, Jasmine Kalha, Annabel S. Mueller-Stierlin, Reinhold Kilian, Silvia Krumm, Mike Slade, Ashleigh Charles, Candelaria Mahlke, Rebecca Nixdorf, Da-

- vid Basangwa, Juliet Nakku, Richard Mpango, Grace Ryan, Donat Shamba, Mary Ramesh, Fileuka Ngakongwa, Alina Grayzman, Soumitra Pathare, Benjamin Mayer and Bernd Puschner. Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial (UPSIDES-RCT). *Moran et al. Trials* (2020) 21:371 <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4177-7>.
- McGranahan R, Rennick-Egglestone S, Ramsay A, Llewellyn-Beardsley J, Bradstreet S, Callard F, et al. The curation of mental health recovery narrative collections: systematic review and qualitative synthesis. *JMIR Ment Health*. 2019;6(10):e14233. <https://doi.org/10.2196/14233>. 7.
- Yeo C, Hare-Duke L, Rennick-Egglestone S, Bradstreet S, Callard F, Hui A, Llewellyn-Beardsley J, Longden E, McDonough T, McGranahan R, Ng F, Pollock K, Roe J, Slade M. The VOICES typology of curatorial decisions in narrative collections of the lived experiences of mental health service use, recovery or madness: a qualitative study of interviews. *JMIR Ment Health*. 2020. (In press) Coatsworth-Puspoky R, Forchuk C, Ward-Griffin C. Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(5):490–7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00970.x>.
- Salzmann-Erikson M, Hiçdurmaz D. Use of social media among individuals who suffer from post-traumatic stress: a qualitative analysis of narratives. *Qual Health Res*. 2017;27(2):285–94. <https://doi.org/10.1177/1049732315627364>.
- Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, Bock T. Peer support in mental health services. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(4):276–81. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000074>.
- Pitt V, Lowe D, Hill S, Pictor M, Hetrick SE, Ryan R, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;28(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>.
- Puschner B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(5):1–2. <https://doi.org/10.1017/S204579601800015X>.
- Cronise R, Teixeira C, Rogers ES, Harrington S. The peer support workforce: results of a national survey. *Psychiatr Rehab J*. 2016;39(3):211. <https://doi.org/10.1037/prj0000222>.
- Gillard S, Gibson S, Holley J, Lucock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(5):435–45. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000407>.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012;11(2):123–8. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>.
- Cordle H, Carsen J, Richards P, Fradgley J. *Psychosis: stories of recovery and hope*. Salisbury: Quay Books; 2010.
- Chandler R, Hayward M. *Voicing psychotic experiences: a reconsideration of recovery and diversity*. West Sussex: OLM-Pavilion; 2009.
- South London and Maudsley NHS Foundation Trust. *Moving forward: stories of recovery*. London: South London and Maudsley NHS Foundation Trust; 2017.

- McDonaugh T, Crane L. The Schizophrenia Oral History Project. <https://schizophreniaoralhistories.com/>. Archived at <http://www.webcitation.org/76NW2gcAC>. Accessed 22 Feb 2019.
- Poolay A. The human element of recovery from mental illness and addiction. 2015. https://www.youtube.com/watch?v=-m_A8ST_18s. Accessed 22 Feb 2019.
- Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: the health benefits of narrative. *J Clin Psychol*. 1999;55(10):1243–54. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10%3C1243::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10%3C1243::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-N).
- Kirkpatrick H, Byrne C. A narrative inquiry: moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16(1):68–75. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01331.x>.
- Morelli SA, Lee IA, Arnn ME, Zaki J. Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*. 2015;15(4):484. <https://doi.org/10.1037/emo0000084>.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123–32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6).
- Evans-Lacko S, London J, Japhet S, Rüsck N, Flach C, Corker E, et al. Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC Public Health*. 2012;12(1):489. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-489>.
- Bell. Let's Talk. Campaign website. Montreal: Bell Canada; 2020. <https://letstalk.bell.ca/>. Accessed 25 June 2019.
- Lemoine P. Recovery narrative. Available from: <https://letstalk.bell.ca/en/our-initiatives/team/patricia-lemoine>. Accessed 25 June 2019.
- Allport GW, Clark K, Pettigrew T. The nature of prejudice. 25th anniversary e. Boston: Addison-Wesley; 1979.
- Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):187–95. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>.
- Henderson C, Robinson E, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):316–22.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11–27.
- Nurser KP, Rushworth I, Shakespeare T, Williams D. Personal storytelling in mental health recovery. *Ment Health Rev J*. 2018;23(1):25–36. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2017-003>.
- Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehab J*. 1988;11(4):11. <https://doi.org/10.1037/h0099565>.
- Williams A, Fossey E, Farhall J, Foley F, Thomas N. Recovery after psychosis: qualitative study of service user experiences of lived experience videos on a recovery-oriented website. *JMIR Ment Health*. 2018;5(2). <https://doi.org/10.2196/mental.9934>.

- Shaw L-K, Homewood J. The effect of eating disorder memoirs in individuals with self-identified eating pathologies. *J Nerv Ment Dis.* 2015; 203(8):591–5. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000347>.
- Here to Help. Personal stories. <http://www.heretohelp.bc.ca/personal-stories>. Archived at <http://www.webcitation.org/76NWHi7mz>. Accessed 22 Feb 2019.
- Bradstreet S. Scottish Recovery Network Story Sharing Guidelines 2009. https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2016/08/SRN_Story_sharing_guidance_new_logo.pdf. Accessed 3 July 2020.
- McClay C-A, Waters L, Schmidt U, Williams C. A survey of attitudes towards computerized self-help for eating disorders within a community-based sample. *Behav Cogn Psychother.* 2016;44(1):65–78. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000484>.
- Cassidy L. Online communities of practice to support collaborative mental health practice in rural areas. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(2):98–107. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.535648>.
- Griffiths KM, Christensen H. Internet based mental health programs: a powerful tool in the rural medical kit. *Aust J Rural Health.* 2007;15(2):81–7.
- Gibson K, Simms D, O'Donnell S, Molyneaux H, editors. Clinicians' attitudes toward the use of information and communication technologies for mental health services in remote and rural areas. Vancouver: Canadian Society of Telehealth Conference; 2009.
- Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry.* 2014;13(1):4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>. 43.
- Whitehead L, Seaton P. The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2016;18(5):e97. <https://doi.org/10.2196/jmir.4883>.
- Liddell A, Ayling M, Reid G. Innovation, health and wealth accelerating adoption and diffusion in the NHS. London: Department of Health; 2011. p. 201(1).
- Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care.* 2001;39(11):1217–23.
- Filipa Campos, Ana Sousa, Vânia Rodrigues, António Marques, Cristina Queirós, Artemisa Soares, Practical guidelines for peer support programmes for mental health problems. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*.2016;9(2):97---110.DOI: 10.1016/j.rpsmen.2016.04.001.
- Iemmi V, Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Knapp M. C an economic evaluation. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 2015; 10:14-25.
- Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, Evans R, Sherman P, Bowers L. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry* 2014; 14:30.
- Mueser, KT, Corrigan, PW, Hilton, DW, Tanzman, B, Schaub, A, Gingerich, S, et al. Illness Management and Recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1272–84.10.1176/appi.ps.53.10.1272.
- Mueser, KT, McGurk, SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363: 2063–72.

- Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. a meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 2013; 22: 256-271.
- Melanie Lean, Miriam Fornells-Ambrojo, Alyssa Milton, Brynmor Lloyd-Evans, Bronwyn Harrison-Stewart, Amina Yesufu-Udechuku, Tim Kendall, Sonia Johnson. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* (2019) 214, 260–268. doi: 10.1192/bjp.2019.54.
- Rethink Mental Illness. *Lost Generation: Why Young People with Psychosis are Losing Out and What Needs to Change*. 2014. <http://www.rethink.org/media/973932/LOST%20GENERATION%20%20Rethink%20Mental%20Illness%20report.pdf>.
- Myles N, Newall HD, Curtis J, Nielsen O, Shiers D & Large M. Tobacco use before, at, and after first-episode psychosis: a systematic meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2012; 73: 468-75.
- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcome of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. *Br J Psychiatry* 2011;199:453-8.
- Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153-60.
- Laursen TM, Musliner KL, Benros ME et al. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *J Affect Disord* 2016;193:203-7.
- Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry* 2014;171:453-62.
- Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
- Hayes JF, Miles J, Walters K et al. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:417-25.
- Maj M. Physical illness and access to medical services in persons with schizophrenia. *Int J Ment Health* 2008;37:3-21.
- Thorncroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011;100:441-2.
- De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10:138-51.
- Suetani S, Whiteford HA, McGrath JJ. An urgent call to address the deadly consequences of serious mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1166-7.
- Charlson FJ, Baxter AJ, Dua L et al. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24:121-40.
- Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
- Olfson M, Gerhard T, Huang C et al. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1172-81.

- Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011;131:101-4.
- Crump C, Winkleby MA, Sundquist K et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324-33.
- Fekadu A, Medhin G, Kebede D et al. Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *Br J Psychiatry* 2015;206:289-96.
- Laursen TM, Mortensen PB, MacCabe JH et al. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder. A Danish population-based study. *Psychol Med* 2013;12:1-13.
- Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J et al. Excess mortality and causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013;8:e55176.
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150:1115-21.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:931-9.
- Lawrence D, Holman CD, Jablensky AV et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:382-8.
- Nordentoft M, Mortensen PB, Pederson CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1058-64.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Mental disorders and risk of accidental death. *Br J Psychiatry* 2013;203:297-302.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. *BMJ* 2013;346:f557.
- Nancy H. Liu, Gail L. Daumit, Tarun Dua, Ralph Aquila, Fiona Charlson, Pim Cuijpers, Benjamin Druss, Kenn Dudek, Melvyn Freeman, Chiyo Fujii, Wolfgang Gaebel, Ulrich Hegerl, Itzhak Levav, Thomas Munk Laursen, Hong Ma, Mario Maj, Maria Elena Medina-Mora, Merete Nordentoft, Dorairaj Prabhakaran, Karen Pratt, Martin Prince, Thara Rangaswamy, David Shiers, Ezra Susser, Graham Thornicroft, Kristian Wahlbeck, Abe Fekadu Wassie, Harvey Whiteford, Shekhar Saxena. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30-40.
- Banham L & Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*, 2010; 105: 1176-1189.
- Alvarez-Jimenez M, Gonzalez-Blanch C, Crespo-Facorro B, Hetrick S, Rodriguez-Sanchez JM, Perez-Iglesias R & Vázquez-Barquero JL. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. *CNS*, 2008; *Drugs* 22: 547-62.
- Caemmerer J, Correll CU & Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research*, 2012; 140: 159-168.

- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: The NICE Guideline on Treatment and Management in Adults (update)*. CG 178. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Cimo A, Strergopoulos E, Cheng C, Bonato S & Dewa C. Effective lifestyle interventions to improve type 2 diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 2012; 12: 24.
- Foley D, Morley K. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Archives of General Psychiatry* 2010; 68: 609-16.
- Lott t, B., & Bullock, H. E. Who are the poor? *Journal of Social Issues*, 2001; 57, 189–206.
- Read, J., Johnstone, L., & Taitimu, M. Psychosis, poverty and ethnicity. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis (2th" edn.)*. London: Brunner-Routledge.2013.
- Eaton, W. A formal theory of selection for schizophrenia. *American Journal of Sociology*, 1980: 86, 149–158.
- Hollingshead, A. & Redlich, F. *Social class and mental illness: a community study*, New York: John Wiley & sons.1958.
- Johnstone, L. *Users and abusers of psychiatry (2th" edn.)*. New York: Routledge.2000.
- Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J., & Forsell, Y.. Association between financial strain, social network and 5-year recovery from first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2008; 43, 947–952.
- Frith, C. & Johnstone, E. *Schizophrenia. A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.2003.
- Draine, J. Mental health, mental illnesses, poverty and social injustice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2013;16, 87–90.
- Hansson, L., Middelboe, T., Sörgaard, K.W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J., & Vinding, H. R.. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 202;105, 343–350.
- Palumbo, C., Volpe, U., Matanov, A., Priebe, S., & Giacco, D. Social networks of patients with psychosis: A systematic review. *BMC Research Notes*, 2015;8, 560. doi:10.1186/s13104-015-1528-7.
- Cohen, C. I. Poverty and the course of schizophrenia: Implications for research and policy. *Hospital and community. Psychiatry*, 1993;44, 951–958.
- Ware, N. C., & Goldfinger, S. M. (1997). Poverty and rehabilitation in severe psychiatric disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 3–7.
- Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Sciences & Medicine*, 58, 25–39.
- Caplan, M. A. (2014). Financial coping strategies of mental health consumers. Managing social benefits. *Community Mental Health Journal*, 50, 409–414.
- Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, S., Mattsson, M., Stefansson, C-G. & Bülow, P.. Psychosis and poverty: Coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis*, 2014;6, 117–127. 10.1080/17522439.2013.790070.
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131–145.

- Frost-Gaskin M, O'Kelly R, Henderson C, Pacitti R. A welfare benefits outreach project to users of community mental health services. *International Journal of Social Psychiatry* 2003; 49: 251-63.
- Parsonage M. Welfare advice for people who use mental health services: developing the business case. London: Centre for Mental Health 2013.
- Pleasance P, Balmer N. Changing fortunes: results from a randomised trial of the offer of debt advice in England and Wales. *Journal of Empirical Legal Studies* 2007; 4: 465- 75.
- Knapp M, McDavid D & Parsonage M (eds). *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. London: Department of Health 2011.
- Rodríguez Pulido F, Tallo Aldana E, Tost Pardell L. et al. Título: Eficacia y Efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental por trastorno mental grave y persistente. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias SESCS Num.2007/12. Plan de Calidad del SNS. ISBN 978-84-692-4448-6. Fecha: 2010. Editorial: Ministerio de Sanidad y Política Social Lugar de publicación: Madrid. REVISIÓN SISTEMÁTICA. https://sid.usal.es/idocs/F8FDO25901/2007_12.pdf.
- Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Red de Redes. Fundación Salud y Sanidad, CaBildo Insular. Tenerife. 2011.
- Rodríguez Pulido. F. Nayra Caballero Estebanz, Dacil Ramos Perez. Studies on the Individual Placement and Support (IPS) strategy in getting ordinary employment for people with severe mental illness. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 145-168 doi: 10.4321/S0211-57352017000100009.
- Rodríguez Pulido F, Caballero Estebanz N. Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gac Sanit.* 2018 Nov - Dec; 32(6):513-518. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.05.007. Epub 2017 Jul 13. Spanish.
- Netten A, Jones K, Knapp M, Fernández JL, Challis D, Glendinning C, Jacobs S, Manthorpe J, Moran N, Stevens M, Wilberforce M. Personalisation through Individual Budgets: does it work and for whom? *British Journal of Social Work* 2012; 42: 1556-73.
- Jones K, Netten A, Fernández JL, Knapp M, Challis D, Glendinning C, Jacobs S, Manthorpe J, Moran N, Stevens M, Wilberforce M et al (2012) The impact of individual budgets on the targeting of support: findings from a national evaluation of pilot projects in England. *Public Money and Management* 2012; 32: 417-24.
- Forder J, Jones K, Glendinning C, Caiels J, Welch E, Baxter K, Davidson J, Windle K, Irvine A, King D, Dolan P. Evaluation of the Personal Health Budget Pilot Programme. Department of Health, London 2012.
- Topor, A., & Ljungberg, A "Everything is so relaxed and personal"—The construction of helpful relationships in individual placement and support. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2016: 19, 275–293.
- Davidson, L., Haglund, K., Stayner, D., Rakfeldt, J., Chinman, M., & Kraemer Tebes, J. "It was just realizing... that life isn't one big horror": A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001a:24, 279–292.

- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M., & Chinman, M. L. "Simply To Be Let In": Inclusion as a Basis for Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001b; 24, 375–388.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Kraemer Tebes, J. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 2004;32, 453–477.
- Davidson, L., Shahar, G., Staeheli Lawless, M., Sells, D., & Tondora, J. Play, pleasure, and other positive life events: "Non-specific" factors in recovery from mental illness? *Psychiatry*, 2006;69, 151–163.
- Topor, A., & Ljungqvist, I Money, social relationships and the sense of self: The consequences of an improved financial situation for persons suffering from serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 2017;53(7), 823–831.
- Scholten M, Gather J. Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *J Med Ethics* (2018) 44(4):226–33. doi: 10.1136/medethics-2017-104414.
- United Nations Treaty Collection [Internet]. 2019 [cited May 17, 2019]. Available from: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsig_no=IV-15&chapter=4&clang=en.
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment No. 1 Article 12: Equality before the law. CRPD/C/GC/1. 2014. <https://undocs.org/en/CRPD/C/GC/1>.
- United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (theme: legal capacity reform and supported decision-making). A/HRC/37/56. 2018. <https://undocs.org/A/HRC/37/56>.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. A/HRC/34/32. 2017. <https://undocs.org/en/A/HRC/34/32>.
- Weller P. Psychiatric advance directives and human rights. *Psychiatry Psychol Law* (2010) 17(2):218–29. doi: 10.1080/13218710903496318 6.
- Weller PJ. New law and ethics in mental health advance directives: the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the right to choose. Abingdon: Routledge (2013). doi: 10.4324/9780203079300.
- Freeman MC, Kolappa K, Almeida JMC, Kleinman A, Makhshvili' N, Phakathi S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights. *Lancet Psychiatry* 2015;2(9):844–50. doi: 10.1016/S2215-0366 (15)00218-7.
- Scholten M, Gather J. Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *J Med Ethics* 2018;44(4):226–33. doi: 10.1136/medethics-2017-104414.
- Szmukler G. "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry* 2019; 18(1):34–41. doi: 10.1002/wps.20584.
- El-Wakeel, G. Taylor, J. Tate. What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath Area, UK. *J Med Ethics.*, 2006;32;121-128.

- J. Hamann, R. Cohen, S. Diplich. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical making and others do not? *J Clin Psychiatry.*, 2011;72:1636-1643. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10m06119yel>.
- J. La Fond, D. Srebnik. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *Int J Law Psychiatry.*, 2002;25: 537-555 Medline.
- D. Srebnik, L. Rutherford, T. Peto, J. Russo, E. Zick, C. Jaffe, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv.*, 2005;56:592-598 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.592> | Medline.
- H. Rittmannsberger, T. Pachinger, P. Keppelmüller, J. Wancata. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psiquiatr Serv.*, 2004;55:174-179.
- J. Hamann, R. Cohen, S. Leucht, R. Busch, R. Kissling. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment?. *Am J Psychiatry.*, 2005;162: 2382-2384 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2382>.
- J. Swanson, M. Swartz, E. Elbogen, R. van Dorn, J. Ferron, H. Wagner, et al. Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry.*, 2006;163:1943-1951 <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1943>.
- Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* (2006) 163(11):1943–51. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.194.
- Backlar P, McFarland BH, Swanson JW, Mahler J. Consumer, provider, and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health* (2001) 28(6):427–41. doi: 10.1023/A:1012214807933.
- Pathare S, Shields L, Nardodkar R, Narasimhan L, Bunders J. What do service users want? A content analysis of what users may write in psychiatric advance directives in India. *Asian J Psychiatr* (2015) 14:52–6. doi: 10.1016/j.ajp.2014.10.006 .
- Reilly J, Atkinson JM. The content of mental health advance directives: Advance statements in Scotland. *Int J Law Psychiatry* (2010) 33(2):116–21. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.12.002.
- Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv* (2005) 56(5):592–8. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.592.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 136.
- OCDE. Organisation for Economic Cooperation and Development. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. Paris: OCDE 2012.
- Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, Thornicroft G, Mojtabai R. The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries, *PLoS One* 2013; 8:e69792.
- Bond G, Drake R, Becker D. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012; 11: 32-9.

- Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, Drake R, Fioritti A, Kilian R, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, Comas-Herrera A, White S, Wiersma D, Burns T. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12: 60-8.
- Herman DB, Susser ES, Jandorf L, Lavelle J & Bromet EJ (1998). Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: Findings from the Suffolk County Mental Health Project. *American Journal of Psychiatry* 155: 109-113.
- Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS & Delphin-Rittmon ME)Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 2014;65(3): 287-294.
- De Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., and Picardi, A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 207; 257: 83-91.
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T.L., Turton, P., et al. Quality of Longer Term Mental Health Facilities in Europe: Validation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care against Service Users' Views. *PLoS ONE*, 2012; 7(6): e38070. doi:10.1371/journal.pone.0038070.
- Brunt D, Hansson L. A comparison of the psychosocial environment of two types of residences for persons with severe mental illness: small congregate community residences and psychiatric inpatient settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 2002; 48:243-52.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., and Wiersma, D. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 2005; 330:123-126.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., and Wiersma, D. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 2005; 330:123-126.
- Gilmer TP, Stefancic A & Etter S (2010). Effect of Full-Service Partnership on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness, *Archives of General Psychiatry* 67(6): 645-652.
- Rodríguez Garcías A. Las personas con trastorno mental grave en los alojamientos con apoyo: sus necesidades de atención, sus redes sociales, sus actitudes y grado de satisfacción. Tesis doctoral Espana. Universidad La laguna.2017.
- Tsemberis S (2013). Effectiveness of Housing First with Assertive Community Treatment in a multi-city Canadian trial. Presentation at the APHA annual meeting.
- Patterson ML, Moniruzzaman A & Somers JM Community participation and belonging among formerly homeless adults with mental illness after 12 months of Housing First in Vancouver, British Columbia: a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*. 2013.
- Coldwell C & Bender W (2007). The effectiveness of Assertive Community Treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis, *American Journal of Psychiatry* 164: 393-399.

- De Vet R, van Luitelaar MJ, Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD & Wolf JRLM Effectiveness of case management for homeless persons; a systematic review. *American Journal of Public Health*, 2013;103:10: e13-e26.
- Stefancic A & Tsemberis S. Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention* 2007;28: 265-279.
- Department of Health. No Health Without Mental Health. A Cross-government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. London: Department of Health. 2011.
- Russolillo A, Somers J, McCandless L, Patterson M, Moniruzzaman A. Emergency department utilisation among formerly homeless adults with mental disorders after one year of Housing First interventions: a randomized controlled trial. *International Journal of Housing Policy* 2014; 14: 79-97.
- Martin Knapp, Alison Andrew, David McDaid, Valentina Iemmi, Paul McCrone, A-La Park, Michael Parsonage, Jed Boardman, Geoff Shepherd. Investing in recovery. Making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis. Centre for Mental Health. 2014.
- Gerlinger M.G. Hauser, M. de Hert, K. Lacluyse, M. Wampers, C.U. Correll. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 2013;12:155-164 <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20040>.
- Brohan, R. E. Elgie, N. Sartorius, G. Thornicroft. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res.*, 2010;122: 232-238 <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>.
- West, P.T. M.L. Yanos, S.M. Smith, D. Roe, P.H. Lysaker. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action.*, 2011;1:3-10. <http://dx.doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>.
- Nicolas Rüsçh, Matthias C. Angermeyer, Patrick W. Corrigan. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005; 20: 529-539.
- Krajewski, G. C. Burazeri, H. Brand. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res.*, 2013;210 :1136-1146 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>.
- P. Werner, A. P. Aviv, Y. Barak. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int Psychogeriatr.*, 2008; 20: pp. 174-187, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610207005340>.
- Lysaker, D. P.H. Roe, J. Ringer, E.M. Gilmore, P.T. Yanos. Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: Associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychol Serv.*, 2012;9:240-247 <http://dx.doi.org/10.1037/a0027740>.
- Boyd, E.P. J.E. Adler, P.G. Otilingam, T. Peters. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: A multinational review. *Compr Psychiatry*. 2014;55:221-231 <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>.

- Park, M.E. S.G. Bennett, S.M. Couture, J.J. Blanchard. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res.*, 2013;205: 43-47 .<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.040> .
- Flores-Reynoso, R. S. Medina-Dávalos, R. Robles-García, F. Páez-Agraz. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Rev. Latinoam Psiquiatr.*, 2012;11:82-89.
- Cavelti, S. M. Kvrjic, E.-M. Beck, N. Rüsçh, R. Vauth..Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry.*, 2012;53:468-479.<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.001>.
- Watson, P. A.C. Corrigan, J.E. Larson, M. Sells. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull.*,2007; 33: 1312-1318 <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl076>.
- Canos, P.H. P.T. Lysaker, D. Roe. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.*, 2010;178 ::211-213.<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.01.003>.
- Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness.* Oxford: Oxford University Press 2006.
- Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2010; 19: 223-32.
- McCrone P, Knapp M, Henri M, McDaid D. The economic impact of initiatives to reduce stigma: demonstration of a modelling approach, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2010; 19: 131-9.
- Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *British Journal of Psychiatry* 2013; 55, s95-s101.
- Rüsçh N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26:23–32.
- Corrigan PW, Penn DL, editors. *Social cognition and schizophrenia.* Washington DC: American Psychological Association Press; 2001.
- Amy L. Drapalski, Ph.D. Alicia Lucksted, Ph.D. Paul B. Perrin, Ph.D. Jennifer M. Aakre, Ph.D. Clayton H. Brown, Ph.D. Bruce R. DeForge, Ph.D. Jennifer E. Boyd, Ph.D. A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services* 2013;64:264–269; doi: 10.1176/appi.ps.001322012).
- Rosario Bengochea-Seco, Marta Arrieta-Rodríguez, Mar Fernández-Modamio, Iciar Santacoloma-Cabero, Juan Gómez de Tojeiro-Roce, Bárbara García-Polavieja, Borja Santos-Zorrozúa, David Gil-Sanz. Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, Volume 11, Issue 4, October–December 2018, pp 244-254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>.
- Mentha, S, N. S. Clement,,E. Marcus,A.-C. Stona,N. Bezborodovs,S. Evans-Lacko,J. Palacios,M. Docherty,E. Barley,D. Rose,M. Koschorke,R. Shidhaye,C. Henderson, G. Thornicroft. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 2015;207: 377–384. doi: 10.1192/bjp.bp.114.15194.

- Shepherd, G., Boardman, J. and Slade, M. (2008), "Making recovery a reality", Centre for Mental Health, available at: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf (accessed 16 March 2015).
- Rachel Perkins, Julie Repper, Miles Rinaldi and Helen Brown. Recovery Colleges. Implementing Recovery through Organisational Change <http://www.imroc.org/recovery-colleges/> accessed 15 May 2015.
- Repper, J. and Perkins, R., *Social Inclusion and Recovery*, Baillière Tindall, London. 20.
- McGregor, J., Repper, J. and Brown, H. "The college is so different from anything I have done'. A study of the characteristics of Nottingham Recovery College", *Journal of Mental Health Education Training and Practice*, 2014; Vol. 9 No. 1, pp. 3-15.
- Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M. and Roberts, G. (2014), "Supporting recovery in mental health services: quality and outcomes", ImROC Briefing Paper No. 8, Centre for Mental Health, London, available at: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC_briefing8_quality_and_outcomes.pdf (accessed 16 March 2015).
- Rinaldi M, Wybourn S, Clenehan M. The development, piloting and outcomes from a recovery college in England. London: South West London and St George's Mental Health NHS Trust 2012.

I.II Facilitadores y barreras para el empleo, una aproximación desde las propias personas con enfermedades mentales

ANDREA LETTIERI, FELIPE SOTO-PÉREZ, EMILIANO DÍEZ VILLORIA
Y MANUEL A. FRANCO-MARTÍN

INTRODUCCIÓN

EL EMPLEO ES UNO DE LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES en la recuperación de las personas con enfermedades mentales graves y prolongadas. Su importancia radica en muchos aspectos: La actividad laboral es uno de los principales determinantes en la inclusión social, aumenta la autoestima, facilita el desarrollo de aspectos de la identidad personal, el bienestar y la calidad de vida; incluyendo por supuesto una mejora de la capacidad económica y el bienestar material (1). Pero, a pesar de su importancia, las posibilidades que tiene una persona con una enfermedad mental grave y prolongada para conseguir un empleo son bastante reducidas. Las investigaciones apuntan a cifras que van desde menos del 10% hasta el 25% de personas que con este tipo de discapacidad acceden a un trabajo remunerado (2).

Los datos en España están alineados con las estadísticas mundiales (3, 4). Más aún, las personas con enfermedad mental son el colectivo con discapacidad con menor acceso a un empleo: en 2016 solo el 14.3% de los demandantes con esta discapacidad ha conseguido trabajar, y junto con las personas con discapacidad intelectual (20%) y física (31.7%) representan los colectivos que se sitúan por debajo de la media española en cuanto a acceso al mercado del trabajo de personas con discapacidad (5). No obstante, a pesar de estas dificultades de acceso al empleo, muchas de las personas que sufren una enfermedad mental grave quieren trabajar (6) y, más aún, consideran que el trabajar es un aspecto fundamental para considerarse plenamente recuperados (1).

En nuestro país la modalidad de inserción de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo se ha realizado utilizando los Centros Especiales de Empleo

(CEE) como solución principal. Es decir, considerando la inserción en el mercado del trabajo protegido como fuente primaria de resultados. Si tomamos los datos del 2018 y los comparamos con los del 2006, las personas con discapacidad contratadas en empresas ordinarias fueron 33.892 (una variación positiva del 16,7%), mientras las contrataciones en el mercado protegido fueron 82.981 (una variación positiva del 215,6%). Estos datos ofrecen una imagen clara de cierto éxito si consideramos el mercado protegido como solución para el empleo de las personas con discapacidad (7). Pero, al mismo tiempo, estas cifras demuestran que todavía existen numerosas barreras para conseguir inclusión en el mercado de trabajo ordinario para las personas con discapacidad y, en específico, para las personas con enfermedad mental. (8)

Actualmente, en la literatura se señala que si se quiere lograr un empleo competitivo, es el empleo con apoyo (ECA), y específicamente el modelo de colocación individual y apoyo (IPS: individual placement and support), la mejor alternativa entre los formatos de éxito para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental (9, 10). Estos tipos de modelos realizan servicios individualizados para la inserción en el mercado ordinario, dando lugar a mejores resultados si se comparan con programas de inserción laboral más tradicionales (11). Para las personas con una discapacidad por enfermedad mental se trata de una opción fundamental, ya que este colectivo presenta más dificultades a la hora de encontrar empleo sea utilizando programas de apoyo para la inserción, sea moviéndose de forma independiente y sin apoyos (8). Aparte de la cuestión ligada a la disponibilidad de programas de ECA, hay que considerar que las personas con enfermedad mental suelen obtener puestos de trabajo de menor calidad, debido, entre otras barreras (discriminación, dificultades funcionales, pensiones, etc.), a la escasa formación profesional y universitaria (12).

A pesar de la importancia del trabajo para este colectivo, existen una serie de barreras, tanto desde aspectos personales o del mercado laboral como del ambiente social (13, 14). Específicamente, las investigaciones señalan que las variables socio-demográficas y del diagnóstico psiquiátrico están débilmente relacionadas con la obtención del empleo y, más aún, estas variables no pueden ser modificadas de modo que no suelen ser objeto de intervención. Por otro lado, las variables relacionadas con la historia laboral, entrenamiento, funcionamiento cognitivo, síntomas negativos, habilidades sociales y autoeficacia tienen una mayor relación con la consecución de empleo. Lo mismo ocurre con las variables de contexto ambiental (apoyo social, calidad de los servicios de rehabilitación y vocacionales, beneficios sociales vinculados a la discapacidad), que también tienen una vinculación importante con aumentar la probabilidad de conseguir un empleo.

Pero, más allá de los modelos, el modo de aproximación al fenómeno de la consecución de empleo en personas con enfermedades mentales graves y prolonga-

das habitualmente lo abordan utilizando una metodología cuantitativa. De hecho, una revisión integrativa de barreras señaló la existencia de sólo nueve estudios cualitativos (13). Por lo mismo, el objetivo de la presente revisión es abordar la visión de las propias personas con enfermedades mentales graves y prolongadas respecto a los facilitadores y barreras que identifican para la consecución y mantenimiento del empleo. Para ello se realizó una búsqueda de artículos cualitativos y se realizó un análisis de contenido.

MÉTODO

El presente artículo es una revisión de investigaciones cualitativas que pretende abordar la visión de las propias personas con enfermedades mentales graves y prolongadas. Para ello se realizó una búsqueda de la literatura publicada desde el año 2000 hasta el 2018 en revistas científicas internacionales revisadas por pares. Para la búsqueda se consultaron las siguientes bases de datos: PsycINFO; Academic Search Complete; Business Source Complete; MEDLINE; ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; Historical Abstracts with Full Text; eBook Collection (EBSCOhost); PsycBOOKS; PsycARTICLES; Psychology and Behavioral Sciences Collection; MathSciNet via EBSCOhost; CINAHL Complete.

La búsqueda se realizó en las bases de datos señaladas seleccionando aquellos artículos que incluyeran en sus títulos las palabra *work* OR *job* OR *employment* OR *occupation* , AND las palabras *mental health* OR *mental illness* OR *mental disorder* OR *psychiatric illness*. Desde esta primera búsqueda se obtuvieron 7.882 artículos. Después se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: los resultados tenían que estar disponibles en texto completo, publicados en revistas científicas revisadas por pares, a partir del 1 de Enero de 2000 y hasta el 31 de Diciembre del 2018. Posteriormente se seleccionaron aquellos artículos que utilizaran una metodología cualitativa, con el uso específico de entrevistas o grupos focales.

Los resultados combinados de la búsqueda dieron lugar a una base de datos de 232 ítems que se exportaron al programa EndNote X7 para su revisión. En el programa se procedió a eliminar los duplicados y a leer títulos y resúmenes para verificar que se tratara de estudios dirigidos hacia la exploración de barreras y facilitadores de la inclusión en el empleo de personas con enfermedad mental. Los artículos seleccionados (n = 25) fueron leídos a texto completos y 22 de ellos cumplieron con los criterios establecidos para ser incluidos en esta revisión (figura 1).

FIGURA 1

Proceso de búsqueda y selección de ítems realizado en la revisión de la literatura



Los artículos seleccionados fueron revisados paralelamente por dos de los autores de este estudio con formación y experiencia en análisis cualitativo. Para ello se siguió el modelo de la teoría fundamentada de Glasser y Strauss (Grounded Theory) (15), de modo que se identificaron categorías teóricas derivadas de los datos mediante la utilización de un método comparativo constante. Así, cada autor por separado realizó una lectura, codificación, re-codificación, categorización y re-categorización del material a partir de la comparativa constante de cada uno de los 22 artículos. Posteriormente se realizó el mismo ejercicio al reunir las conclusiones de ambos.

A partir de la lectura de los artículos, cada autor realizó una codificación, agrupamiento, categorización y sub-categorización siguiendo los objetivos del trabajo buscando detectar barreras y facilitadores. Con todo lo anterior se obtuvieron los árboles de las diferentes dimensiones objeto del estudio. A continuación se reunieron los árboles categoriales de cada autor, se observaron similitudes y diferencias en la codificación y categorías, y se estableció un consenso considerando solapamiento, contenidos redundantes y agrupamientos, los que concluyen con la presentación de resultados. Para la organización y presentación de los datos se ha utilizado el programa NVivo 12.

RESULTADOS

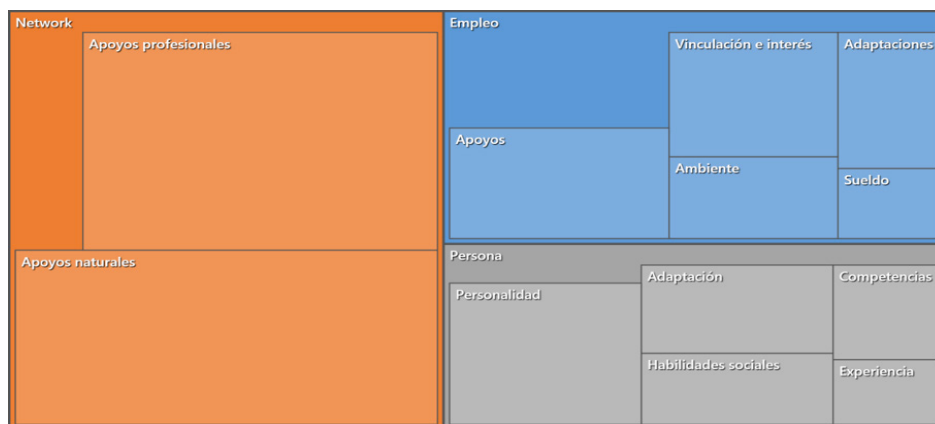
Los contenidos fueron agrupados en dos grandes categorías: facilitadores y barreras de la inserción laboral de personas con enfermedad mental. Dentro de ambas encontramos sub-categorías relacionadas con la esfera personal, el network social determinante para el éxito de la interacción entre el individuo y el trabajo y, por último, el ámbito específico del empleo con sus variables más o menos útiles para la empleabilidad de las personas. Respecto a las barreras, estas se refieren también a algunos aspectos relacionados con la sociedad en general. A continuación se desarrollan facilitadores y barreras, señalando los contenidos más relevantes revisados en cada una de sus sub-categorías.

Facilitadores para conseguir o mantenerse en un empleo

Los facilitadores para conseguir un empleo se agruparon en tres categorías: los factores personales, el network de apoyos (sociales e institucionales), y las propias características del empleo (figura 2).

FIGURA 2

Mapa jerárquico de las referencias de codificación relacionadas con los facilitadores del empleo



Factores personales que favorecen el empleo

Los factores personales que facilitan el acceso al empleo varían ampliamente en una serie de aspectos, considerando tanto elementos de personalidad, valores, expectativas así como experiencias previas en la propia biografía (16). Estos factores de personalidad van desde la percepción de autoeficacia (17) y auto-aceptación

(18), hasta la conciencia de enfermedad, la fuerza personal y el tener actitudes positivas tanto hacia el trabajo como hacía el futuro, un factor de esperanza que puede tener también una estricta connotación religiosa (18, 19). Además de estos rasgos de personalidad, las habilidades sociales (18), la experiencia previa en el trabajo (20, 21), la motivación, y la visualización de beneficios del trabajo (22), representan otros importantes factores facilitadores de empleo para las personas con enfermedad mental (23, 24).

En general, las personas que consiguen empleo pasan de un rol de enfermo a uno de trabajador, pudiendo satisfacer la necesidad de aportar en la sociedad como personas productivas (17, 25). Asimismo, cuentan con competencias para el empleo entre las que se encuentran la comprensión de las expectativas de otros, el saberse adaptar a una cultura empresarial (25), así como un nivel adecuado de autoconfianza (17) y tolerancia a la frustración (26). El desarrollo de competencias profesionales es un elemento facilitador de la inserción laboral también para las personas que tienen este tipo de discapacidad, pero a ello hay que añadir el reconocimiento de otras competencias necesarias y más estrictamente relacionadas con el manejo del estrés y la capacidad para saber reconocer cuando es necesario comunicar y obtener apoyos en el trabajo o algún tipo de adaptación para la realización de las tareas (27, 28). En este sentido comunicar el tener una enfermedad mental parece un acto fundamental para eventualmente poder obtener en futuro apoyos y adaptaciones (28).

Social Network para el empleo

Otro elemento facilitador de la inserción laboral e individuado en diferentes estudios es el apoyo social, entendiendo con ello el conjunto de apoyos profesionales y naturales que forman parte del network social y personal (19, 25, 29, 30). La cantidad de amistades, familiares y profesionales que constituyen el network representan un elemento facilitador fundamental a la hora de conseguir y/o mantenerse en un puesto de trabajo (18, 23, 24). Tanto la familia y el grupo de amigos, así como los profesionales de la red clínica y social que trabajan en el ámbito de la salud mental, constituyen elementos que pueden favorecer el conseguir un empleo si apoyan el deseo a trabajar, hacen visible su importancia y animan a las personas (19, 31).

Los apoyos naturales son importantes como fuente de motivación laboral, sobre todo después de periodos de mayor inestabilidad u hospitalizaciones, mientras la familia resulta ser además, en algunos casos, fuente de inspiración y ejemplos de personas que siguen trabajando no obstante una enfermedad mental (27). Los participantes señalan la importancia de tener conciencia de éxitos laborales

por parte de otras personas con enfermedad mental, ya que representa una fuente de inspiración para realizar la transición hacia el empleo. Desde allí es importante conocer experiencias de éxitos de otras personas atendidas por los mismos servicios vocacionales (32).

Desde el punto de vista institucional, los profesionales de la salud mental que no limitan su función al servicio clínico y se involucran en la vida laboral de las personas (18) aportan una función de guía, que resulta ser determinante a la hora de identificar probables estresores y definir posibles formas de afrontamiento para promover el acceso al empleo y su mantenimiento (23). Asimismo, las instituciones que cuentan con encargados para el fomento del empleo (22), servicios vocacionales y programas específicos, constituyen elementos de apoyo importantes según lo revisado en distintos estudios (17, 19, 23, 25, 29, 31, 33). En general, las personas señalan que, por un lado, requieren mensajes de ánimo y motivadores (22-24) y, por otro lado, de una guía cognitiva e información para el afrontamiento tanto de tareas administrativas (p.e. firmas de contrato, solicitud de vacaciones, permisos) y conductuales comunicativas (p.e. como hablar con un superior y/o un compañero de trabajo); así como de situaciones sociales y cotidianas en el trabajo (p.e. como relacionarse con compañeros en situaciones de trabajo en ratos libres). La ausencia de motivación o iniciativa, que muchas veces se define como un factor determinante en la escasa participación de las personas con esta discapacidad en el mercado laboral, parece no influir cuando se recibe una cantidad y calidad suficiente de apoyos por parte del network natural y profesional, facilitando la adquisición de comportamientos adecuados propios del mundo del trabajo remunerado (30).

Facilitadores propios del empleo

Hemos revisado hasta ahora que la esfera personal y el network que rodea el individuo son elementos fundamentales para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental. Al mismo tiempo el empleo es el objetivo final y, en sus opciones y posibles versiones, puede ser un elemento facilitador para una buena inserción de la persona, el sentirse a gusto y mantener el puesto y, en general, para mantener una conducta propositiva hacia el ámbito laboral. En primer lugar, es importante el hecho de que se trate de un trabajo que permita obtener satisfacción (16, 17, 20). Además de una remuneración que permita una estabilidad financiera (20), parece fundamental el estar vinculado con las tareas propias del empleo, en el sentido de que las actividades laborales permitan aportar habilidades personales, de mayor responsabilidad, o que se trate de un ámbito de trabajo que coincide con la vocación profesional del individuo (29, 34). En segundo lugar, es importante

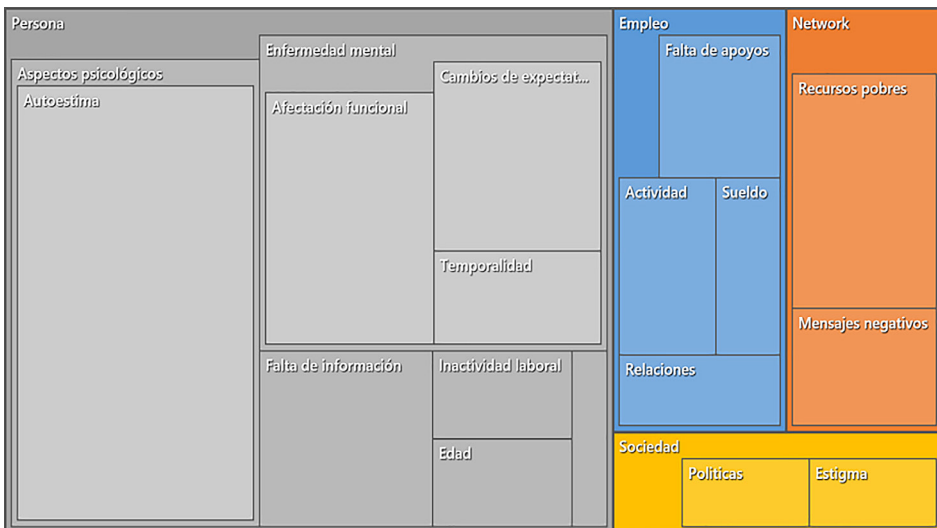
la posibilidad de realizar adaptaciones del puesto de trabajo (incluyendo también el tipo de jornada) (17, 18) y que en la empresa se observe una real preocupación por la salud de sus trabajadores (18). En este sentido, se valora de forma positiva la posibilidad de contar con un responsable empático, disponible y pendiente en revisar la gestión de la carga de trabajo del empleado, así como es importante que haya apoyos disponibles en el mismo ambiente de trabajo (28). Más en general, la disponibilidad de trabajar en un entorno que permita la actividad en equipo, y que se trate de un entorno compuesto por relaciones positivas y respetuosas, resultado de un buen ambiente de trabajo, representa otro importante elemento revisado en distintos estudios (18, 21, 24, 25, 28, 33).

Barreras para conseguir o mantenerse en un empleo

Las barreras para conseguir o mantener un trabajo remunerado se componen de elementos relacionados con la esfera personal, el network social, el ámbito específico del empleo, y aspectos generales de la sociedad (figura 3). La esfera personal resulta ser el ámbito considerado con más frecuencia a la hora de identificar y definir barreras para el empleo, y esto tiene que ver con la asociación de la enfermedad mental como un elemento propio de la persona y por todas aquellas consecuencias psicológicas determinadas por el hecho de tener una enfermedad mental.

FIGURA 3

Mapa jerárquico de las referencias de codificación relacionadas con las barreras del empleo



Aspectos personales que constituyen barreras para el empleo

Barreras relacionadas con la enfermedad mental. El recibir un diagnóstico de enfermedad mental es el evento que define un cambio entre el antes y el después, marcando con ello la aparición en las vidas de las personas de barreras relacionadas con el acceso y el mantenimiento del empleo (26). El sostener un diagnóstico psiquiátrico determina dificultades específicas para trabajar (18, 25), pero también marginación (31) y reducción de posibilidades de desarrollo personal. En este sentido se hace más compleja la actividad laboral también por los efectos no deseados de los fármacos y la propia asistencia a tratamientos en jornadas laborales (31, 33). Las personas, además, afirman que tener una enfermedad mental conlleva una disminución de seguridad y autovaloración como potencial trabajador, y esto tiene como consecuencia una reducción de los empleos que se consideran adecuados para los candidatos durante los procesos de búsqueda de trabajo (27).

Las publicaciones señalan que los entrevistados reconocen una afectación por la sintomatología y el deterioro, con dificultades específicas relacionadas con la concentración, la memoria, la motivación, la tolerancia al estrés (19, 31), y dificultades de comunicación con disminución en habilidades sociales, fundamentales a la hora de realizar entrevistas para encontrar empleos (35). Por otro lado, la propia enfermedad suele transcurrir con crisis y ciclos, algunos reversibles y otros no. Cada recaída conlleva efectos negativos y acumulativos en la vida laboral (24). Por ejemplo, una crisis de la enfermedad disminuye los ingresos económicos, lo que genera efectos en cuanto a aumento de preocupaciones, estrés y restricción de vida social (31). La temporalidad de la enfermedad mental es una barrera muy importante porque también está relacionada con la imprevisibilidad de los síntomas, un factor que preocupa a las personas en relación con su posible funcionamiento en ámbito laboral (35).

Aspectos psicológicos que dificultan el empleo. En cuanto a elementos psicológicos se señala la desconfianza en sí mismo (19, 25, 32) y la falta de empoderamiento (18, 22); lo que genera creencias acerca de una falta de habilidad para el trabajo y otras autolimitaciones y dudas. Estas dudas sobre sí mismo se traducen en temor a desarrollar un comportamiento “normal” (26). Esto se expresa a través de vivencias de temores acerca del propio desempeño en el entorno laboral (17, 18, 25), lo que merma la confianza en manejar el estrés laboral, adaptarse a la rutina, aprender nuevas tareas, e interactuar con compañeros (19, 22, 32); asimismo estos miedos se refieren a temores a una posible recaída y en como poder manejar los síntomas de la enfermedad mental adentro del entorno laboral (29, 32).

Junto a lo anterior se señala una baja autoestima y desconfianza en cuanto a la capacidad de gestionar emociones, así como un estilo de vida no orientado hacia lo saludable. El estar afuera de roles vitales y laborales, es lo que primariamente em-

peora el self de las personas (29), que se puede traducir en desconfianza hacia una posible inserción laboral de éxito, aspecto que suele asociarse también con experiencias previas caracterizada por despidos, bajas laborales, pero también por experiencias previas de discriminación laboral (27, 28). De hecho dentro de la categoría de elementos psicológicos está también el tema de la auto-develación, es decir un temor a revelar la situación personal de enfermedad en cualquier ámbito (jefes, empresa, compañeros, entre otros); así como al estigma (33). Asimismo, se señalan problemas en habilidades sociales, que se caracterizan por ser escasas, intensas o cargadas, con una tendencia a mantener relaciones destructivas (23).

Otros aspectos personales que constituyen barreras para el empleo. Con respecto a los obstáculos personales (26), se identifican otras importantes subcategorías. Entre ellas la edad, los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y recuperación hacen que el inicio de la vida laboral sea tardío y eso restringe el acceso primero a la educación y luego al empleo. El tiempo de inactividad laboral resulta fundamental para muchas personas, determinando la definición de sí mismos como demandantes con insuficiente experiencia y competencia para ser competitivos en el mercado laboral (29, 35). También se señala una gran falta de información respecto a un amplio espectro de temas laborales (22), como temas financieros, posible afectación de la pensión, y relación con la seguridad social. Por otro lado de forma previa en cuanto a la búsqueda de trabajo, como rellenar formularios, realizar un currículum o estar preparado antes una entrevista. Por último, las personas con enfermedad mental parecen llegar a limitar su actividad laboral también porqué trabajando disminuiría considerablemente el tiempo libre a disposición (30).

Barreras en relación a la ausencia de un network social de apoyos

Las dificultades relacionadas con el network social se refieren fundamentalmente a una red de relaciones que no presta los apoyos naturales y profesionales adecuados para que la persona pueda cumplir con obtener y mantener un puesto de trabajo.

Por un lado están todas aquellas relaciones que suelen ser fundamentales a la hora de apoyar y animar las personas para que sigan luchando para sus propios objetivos. En este sentido las relaciones pueden tener el efecto contrario, vehiculando hacia las personas con enfermedad mental expectativas negativas de un improbable éxito laboral (17, 22, 24). El resultado final de estos mensajes suele ser más relevante cuando se trata de relaciones familiares, en donde se transmite una sustancial idea de inutilidad desde vínculos cargados de una gran afectividad (27, 32). Por otro lado están aquellos servicios institucionales que no favorecen el empleo (18, 25, 26), que no cuentan con profesionales dedicados al tema o que no tienen esperanzas ni

expectativas en emplear a sus usuarios (22). En este sentido destaca la definición de ausencia de profesionales especializados en la inclusión laboral (29), así como de programas caracterizados por un limitado acceso a oportunidades laborales (32) y orientados, principalmente, hacia el desarrollo de oportunidades laborales en el mercado del trabajo protegido (34).

Barreras relacionadas con el empleo

En relación con el ámbito específico del trabajo una barrera importante resulta ser la remuneración, tendencialmente baja, y que en algunos casos se traduce en despidos voluntarios o abandono del puesto de trabajo (36). La inserción laboral de las personas está limitada también por la escasa disponibilidad de apoyo por parte de las empresas y en general en el entorno laboral (23, 26, 36). Otro elemento que determina una escasa propensión laboral es el tipo de actividad, considerando con ello aspectos de la propia labor, por ejemplo que se trate de actividades tediosas, de carga física, o que sean actividades repetitivas y aburridas (21, 33). También las relaciones laborales (relaciones con supervisores o compañeros) son aspectos que se consideran fundamentales (26, 33), así como la posibilidad de tener crecimiento de desarrollo profesional (23).

Barreras en la sociedad

Las barreras en la sociedad se refieren a elementos macro del tejido social que se perciben como factores determinantes a la hora de considerar dificultades para acceder al empleo. Por un lado tenemos el estigma asociado a la enfermedad mental, considerando con ello el conjunto de prejuicios negativos que suelen tener consecuencias en términos de discriminación laboral durante la selección o en el puesto de trabajo para las personas que pertenecen a este colectivo. Por otro lado las inadecuadas políticas de salud y los escasos recursos públicos para el empleo; lo que se traduce directamente en escasos recursos humanos e institucionales para conseguir el empleo (18, 23, 25, 31).

DISCUSIÓN

A partir de los resultados presentados en este estudio se realizó una revisión de las barreras y facilitadores del empleo considerando las experiencias y el punto de vista de las personas con enfermedad mental. Con ello es posible visualizar la estructura general de los elementos que las personas con enfermedades mentales graves y prolongadas perciben como determinantes a la hora de conseguir y mantener un empleo.

Los resultados presentados indican que las personas suelen señalar tanto barreras como facilitadores considerando la propia persona, la red de relaciones y las características propia del empleo, como los elementos determinantes tanto del éxito como del fracaso laboral, lo que coincide con otras publicaciones (12-14). Por un lado, podemos observar que la densidad de barreras en la esfera personal es mucho mayor respecto a la cantidad de elementos que suelen contribuir a facilitar el empleo en la misma esfera o en comparación con las barreras señaladas en los otros ámbitos. Desde allí, entonces las intervenciones y apoyos deben abordar el tema personal, generando actitudes positivas hacia el empleo y generando esperanzas (1).

Como se ha visto en los resultados presentados, la enfermedad mental suele identificarse como algo propio de la persona, que aporta desde su llegada una serie de consecuencias negativas en cuanto a la funcionalidad relacionada con el trabajar, y que además se conecta a elementos propios de la personalidad que dificultan ulteriormente las posibilidades de éxito en el empleo. En este sentido, la baja autoestima que suele conllevar el tener una enfermedad mental dificulta el volver a trabajar respecto a ulteriores niveles, como ya se señala en otros estudios (37). Por un lado, el perder autoestima como potencial trabajador es un factor que determina limitaciones a la hora de desarrollar una actitud positiva hacia la idea de volver a insertarse. Por otro lado, la baja autoestima es importante también en relación con la tendencia a ocultar la enfermedad en el ámbito del trabajo y considerando que la posibilidad de disponer de apoyos va a depender de la comunicación (previa o posterior la contratación) de la discapacidad. Todo lo anterior resulta ser determinante, además, si consideramos que la necesidad de enfrentamiento hacia el manejo del estrés y en conexión con la posible aparición de síntomas en el empleo es una de las preocupaciones más señaladas en los estudios incluidos en esta revisión. En consecuencia, los profesionales de la inserción y del apoyo laboral deben estar especialmente orientados a detectar estas necesidades, dando seguridad y guía para afrontar los desafíos laborales de personas con discapacidad.

Por otro lado, los facilitadores se caracterizan por una mayor cantidad de categorías que se refieren sobre todo a la red social de apoyo de las personas, y en menor cantidad, a las variables que resultan ser relevantes en el ámbito específico del empleo.

En primer lugar, las relaciones de apoyo, tanto de profesionales como de familiares o amigos, son el tejido necesario para poder realizar una inserción exitosa en el mercado del trabajo. Por un lado, la necesidad de recibir apoyo conductual en las actividades propias del empleo (profesionales para la empleabilidad) y asesoramiento para la identificación y el enfrentamiento respecto a la gestión de la enfermedad (profesionales clínicos); Por otro lado, la necesidad de estar respaldados por vínculos de tipo afectivo (familiares y amigos) que, aparte de animar, pueden ser fuente de

ejemplos positivos de inserción a pesar de tener una enfermedad mental. Como se ha visto, estos aspectos se traducen en potenciales barreras, ya que las relaciones naturales pueden vehicular mensajes negativos o ser del todo ausentes, así como el apoyo profesional puede estar poco dirigido hacia la inserción en el mercado ordinario y no ofrecer un adecuado soporte para la gestión de la enfermedad en el empleo. Las investigaciones previas demuestran que el diagnóstico y reconocimiento social de una enfermedad mental suele determinar una pérdida cuantitativa y cualitativa de vínculos relacionales (38, 39). En este sentido, la red social disponible para las personas con enfermedad mental representa un eje central al que dedicar atención en futuras investigaciones y a considerar a la hora de realizar cualquier tipo de servicio de acompañamiento y apoyo hacia el empleo. Respecto a este punto, se debe dar importancia a fomentar el asesoramiento e involucramiento de los profesionales clínicos en los procesos de adaptación laboral de las personas, siguiendo uno de los principios básicos del programa IPS (11), que actualmente es la opción con más y mejor evidencia de resultados obtenidos presente en el mercado.

En segundo lugar los resultados presentados señalan la necesidad de considerar algunas características propias del empleo para facilitar la inserción de las personas. Primero, las actividades laborales que se connotan de una mayor aportación en cuanto a satisfacción personal no son solo las que proporcionan un sueldo digno, sino que también las que asemejan mayormente con los intereses vocacionales. Este aspecto es relevante por diferentes razones. Así, en España el mercado del trabajo protegido es la referencia para la inserción de personas con discapacidad, y que en gran medida se trata de trabajos de baja calidad en sectores de servicios como limpiezas y hostelería (7). Además, los servicios de empleo con apoyo resultan ser ágiles para obtener trabajos de forma rápida en el mercado ordinario, pero limitados a la hora de fomentar resultados en empleos de calidad y con prospección profesional (12).

Aparte del tipo de actividad, el ámbito del trabajo resulta fundamental si en ello se puede considerar la presencia de buenas relaciones entre compañeros, un responsable comprometido, y en general la posibilidad de contar con apoyos. Este aspecto es otro tema relevante sobre todo si consideramos que la presencia de apoyos específicos depende, como decíamos anteriormente, del haber revelado tener una enfermedad mental. El manejo de la información en el empleo ordinario es una cuestión delicada como demuestran otros estudios (40, 41). Las personas pueden escoger no revelar la enfermedad evitando eventuales rechazos durante los procesos de selección o en el ambiente de trabajo. También pueden revelar intentando señalar la discapacidad para poder entrar en procesos de contratación de cuotas específicas. Aparte esto, la revelación resulta fundamental para poder demandar la necesidad de recibir apoyos cuando la persona está trabajando, y como hemos visto se trata de un elemento fundamental para facilitar la inserción en el empleo.

Por último, y no menos importante, en algunos estudios revisados se señalan barreras que se refieren a la sociedad en general y entre ellas se señala al estigma asociado a la enfermedad mental. Este representa una cuestión que históricamente se ha relacionado con los procesos de discriminación y exclusión social de este colectivo y que sigue persistiendo todavía (42, 43). La cuestión de la discriminación tiene ulteriores consecuencias negativas ya que con las experiencias vividas se facilita la asimilación de ideas negativas sobre si mismos (44). Si consideramos lo discutido anteriormente en relación con la importancia del autoestima y con la necesidad de contar con un ambiente de trabajo apto para apoyar la inclusión de las personas con enfermedad mental, todavía queda mucho camino por hacer.

CONCLUSIONES

El presente estudio pretendió abordar los facilitadores y barreras para la consecución del empleo a partir de la visión de las propias personas con enfermedades mentales. Para ello se realizó una revisión sistemática que concluyó en 22 artículos revisados por pares e indexados que cumplían criterios de inclusión. Este material fue analizado a partir de la teoría fundamentada.

Los resultados indican que existen categorías comunes tanto de barreras y facilitadores para el empleo que se refieren a factores personales, de la red social (sociales e institucionales) y del propio empleo. Específicamente en cuanto a barreras se suma un factor más que se refiere a aspectos que dificultan el empleo a partir de aspectos relacionados con la sociedad en general. Así, uno de los principales resultados se refiere a la estructura general de elementos que constituyen las variables que facilitan y obstaculizan el empleo en personas con enfermedades mentales graves y prolongadas.

Esta estructura, respecto a los facilitadores, está compuesta por los factores personales que promueven el trabajo, y son aspectos de la personalidad, actitudes positivas, la experiencia previa y las competencias para el empleo (tanto profesionales como habilidades blandas).

En cuanto a la red social que apoya la consecución del empleo, esta favorece la adquisición de comportamientos adecuados al entorno del trabajo. La red social se refiere a las instituciones como los apoyos personales. Dentro de las instituciones se considera clave a los profesionales socio-sanitarios, estos deben superar los temas de la enfermedad y sus tratamientos, para transformarse en motivadores, y entregar guía cognitiva y herramientas de afrontamiento específicas para temas laborales. Junto con lo anterior, las instituciones deben contar con programas vocacionales que difundan sus resultados de modo de transmitir esperanza a sus participantes.

Para facilitar el empleo, el propio trabajo debe contener ciertas características, entre ellas que genere un grado de satisfacción, el que se relaciona con la remunera-

ción, el tipo de actividad o tareas a desempeñar y que estas coincidan con la vocación personal. Por otro lado, el empleo debe considerar adaptaciones tanto del puesto de trabajo como de la jornada, desarrollando una genuina preocupación de la empresa en la inserción de personas con discapacidad. Finalmente también se consideran variables del ambiente laboral, fundamentalmente del clima de trabajo.

En cuantos a las barreras estas resultaron considerar las mismas categorías de factores personales, red social y del propio empleo, a las que se suman aspectos relacionados con la sociedad. En general, las barreras personales son las más frecuentes y se refieren a la propia enfermedad mental. El padecer una enfermedad genera barreras tanto por su tratamiento, sus síntomas y el proceso de estigmatización, pero también por una vivencia personal de inseguridad en sí mismo. Dentro del ámbito personal existen barreras psicológicas relacionadas con la desconfianza en uno mismo, inseguridad y un sentimiento de inadecuación. Otros aspectos personales que dificultan el empleo es la edad, la reducida historia laboral, la escasa información.

La red social también puede constituirse en una barrera fundamentalmente cuando consiste en una red que no presta apoyos o transmite expectativas negativas. En cuanto al propio empleo, las barreras describen aspectos negativos de los facilitadores, es decir las dificultades señaladas se refieren a baja remuneración, bajo apoyo en el entorno laboral, actividades laborales poco motivadoras y un entorno interpersonal que no entrega apoyo.

Finalmente, en cuanto a los resultados sobre barreras identificadas por las propias personas en la sociedad, se señalan los estigmas asociados a la enfermedad mental y las inadecuadas políticas sociales y sanitarias.

Respecto a esta estructura, como facilitadores tendrían más peso las variables de la red social, y como barreras las variables personales (personalidad, actitudes, competencias). En este sentido, la red social debe promover la motivación y la esperanza, así como dar apoyo, guía cognitiva y asesoramiento en cuanto a información.

Futuras investigaciones deben profundizar en la forma de trabajar con la red social de apoyo para favorecer el empleo, así como desarrollar herramientas de intervención en aspectos personales que también potencien el acceso al trabajo. En ambos casos las propias actitudes de los profesionales y familiares, del entorno laboral y de la propia persona parecen ser fundamentales. En general y siguiendo el mismo razonamiento se debe profundizar en las actitudes negativas hacia el empleo, ahora no sólo de las personas directamente implicadas (profesionales, familiares, compañeros de trabajo y las mismas personas), sino que también en las posibles empresas y en el entorno socio-laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(5):236-42.
- (2) Haro JM, Novick D, Bertsch J, Karagianis J, Dossenbach M, Jones PB. Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199(3):194-201.
- (3) OECD. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. 2012.
- (4) World Health Organization. Mental health and work : impact, issues and good practices: 92-4-159037-8; 2000.
- (5) El Empleo de las Personas con Discapacidad. [Base de datos en Internet]. 2017 [Extraída 15/10/2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595.
- (6) Mueser K, McGurk S. Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'encéphale*. 2014;40:S45-S56.
- (7) Integración laboral y tendencias del mercado del trabajo [Base de datos en Internet]. 2019 [Extraída 10/11/2019]. Disponible en: <https://www.odismet.es/banco-de-datos/1integracion-laboral-y-tendencias-del-mercado-de-trabajo>.
- (8) Lettieri A, Díez E. A Systematization of the International Evidence Related to Labor Inclusion Barriers and Facilitators for People with Mental Illness. *A Review of Reviews*. *Sociologica*. 2017;3.
- (9) Carmona VR, Gomez-Benito J, Huedo-Medina TB, Rojo JE. Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2017;30(3):345.
- (10) Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajarvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(9).
- (11) Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2013(9):CD008297.
- (12) Baldwin ML. *Beyond schizophrenia: Living and working with a serious mental illness*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2016.
- (13) Charette-Dussault É, Corbière M. An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *The Journal of nervous and mental disease*. 2019;207(7):523-37.
- (14) Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung W-M. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(6):495-504.
- (15) Glasser B, Strauss A. *The development of grounded theory*. Chicago, IL: Alden. 1967.
- (16) Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson L-K. Meaningfulness in work—Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*. 2009;34(1):21-32.

- (17) Donnell CM, Sosulski MR. Stark realities: examining african American women with mental illness and balancing employment in recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2013;16(1):66-83.
- (18) Hatchard K, Henderson J, Stanton S. Workers' perspectives on self-directing mainstream return to work following acute mental illness: Reflections on partnerships. *Work*. 2012;43(1):43-52.
- (19) Schindler VP, Kientz M. Supports and barriers to higher education and employment for individuals diagnosed with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2013;39(1):29-41.
- (20) Koletsi M, Niersman A, van Busschbach JT, Catty J, Becker T, Burns T, et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009;44(11):961-70.
- (21) Malmanche J, Robertson L. The experience of KAI MAHI, an employment initiative for people with an experience of mental illness, as told by Zarna, Zeus, Lulu, Mary, Paul, and Hemi. *Community Mental Health Journal*. 2015;51(8):880-7.
- (22) King J, Cleary C, Harris MG, Lloyd C, Waghorn G. Employment-related information for clients receiving mental health services and clinicians. *Work*. 2011;39(3):291-303.
- (23) Auerbach ES, Richardson P. The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2005;28(3): 267-73.
- (24) Gewurtz R, Kirsh B. How consumers of mental health services come to understand their potential for work: Doing and becoming revisited. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2006;73(4 sup):1-13.
- (25) Vorhies V, Davis KE, Frounfelker RL, Kaiser SM. Applying social and cultural capital frameworks: Understanding employment perspectives of transition age youth with serious mental health conditions. *The journal of behavioral health services & research*. 2012;39(3):257-70.
- (26) Blank A, Harries P, Reynolds F. The meaning and experience of work in the context of severe and enduring mental health problems: An interpretative phenomenological analysis. *Work*. 2013;45(3):299-304.
- (27) Millner UC, Rogers ES, Bloch P, Costa W, Pritchett S, Woods T. Exploring the work lives of adults with serious mental illness from a vocational psychology perspective. *Journal of Counseling Psychology*. 2015;62(4):642-54.
- (28) Peterson D, Gordon S, Neale J. It can work: Open employment for people with experience of mental illness. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 2017;56(3):443-54.
- (29) Netto JA, Yeung P, Cocks E, McNamara B. Facilitators and barriers to employment for people with mental illness: A qualitative study. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2016;44(1):61-72.
- (30) Saavedra J, López M, Gonzáles S, Cubero R. Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*. 2016;40(3):507-32.

- (31) Nieminen I, Ramon S, Dawson I, Flores P, Leahy E, Pedersen ML, et al. Experiences of social inclusion and employment of mental health service users in a European Union project. *International Journal of Mental Health*. 2012;41(4):3-23.
- (32) Prior S, Maciver D, Forsyth K, Walsh M, Meiklejohn A, Irvine L. Readiness for employment: Perceptions of mental health service users. *Community Mental Health Journal*. 2013;49(6):658-67.
- (33) Cameron J, Walker C, Hart A, Sadlo G, Haslam I. Supporting workers with mental health problems to retain employment: Users' experiences of a UK job retention project. *Work*. 2012;42(4):461-71.
- (34) Baum N, Neuberger T. The contributions of persons in the work environment to the self-identity of persons with mental health problems: A study in Israel. *Health & Social Care in the Community*. 2014;22(3):308-16.
- (35) Harris LM, Matthews LR, Penrose-Wall J, Alam A, Jaworski A. Perspectives on barriers to employment for job seekers with mental illness and additional substance-use problems. *Health & Social Care in the Community*. 2014;22(1):67-77.
- (36) Gladman B, Waghorn G. Personal experiences of people with serious mental illness when seeking, obtaining and maintaining competitive employment in Queensland, Australia. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 2016;53(4):835-43.
- (37) Corrigan PW, Powell KJ, Rüsich N. How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2012;35(5):381-4.
- (38) Bengtsson-Tops A, Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*. 2001;47(3):67-77.
- (39) Macdonald EM, Hayes RL, Baglioni AJ, Jr. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*. 2000;46(1):25-30.
- (40) Brohan E, Henderson C, Slade M, Thornicroft G. Development and preliminary evaluation of a decision aid for disclosure of mental illness to employers. *Patient Education and Counseling*. 2014;94(2):238-42.
- (41) Waghorn G, Spowart CE. Managing personal information in supported employment for people with mental illness. En: Lloyd C, editor. *Vocational rehabilitation and mental health*: Wiley-Blackwell; 2010. p. 201-10.
- (42) Krupa T, Kirsh B, Cockburn L, Gewurtz R. Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 2009;33(4):413-25.
- (43) Lettieri A, Soto-Pérez F, Franco-Martín MA, de Borja Jordán de Urríes F, Shiells KR, Díez E. Employability With Mental Illness: The Perspectives of Employers and Mental Health Workers. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2020;0034355220922607.
- (44) Rüsich N, Nordt C, Kawohl W, Brantschen E, Bärtsch B, Müller M, et al. Work-related discrimination and change in self-stigma among people with mental illness during supported employment. *Psychiatric Services*. 2014;65(12):1496-8.

II. Las diferentes estrategias de empleabilidad en salud mental

II.I Estrategia IPS

II.I.I Reorientar los servicios de salud mental: El empleo en la estrategia IPS

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO, NAYRA CABALLERO ESTEBARANZ Y ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL han realizado un largo viaje en la historia, con sus claros oscuros. El proceso de desinstitucionalización y el desarrollo de la atención basada en la comunidad se han adoptado como principales objetivos de la política de salud mental para más de la mitad de los países de la UE.

Se han logrado avances significativos en toda Europa en la transición, aún no concluida, de la atención institucional a la atención comunitaria para personas con trastornos mentales graves (TMG). El progreso ha sido muy desigual entre los países y para muchos aún queda mucho por hacer para crear redes de servicios de salud mental basadas en la comunidad y para brindar una atención de buena calidad y socialmente inclusiva.

Ser socialmente inclusivo es su reto. La Acción Conjunta para la Salud Mental y el Bienestar de la UE recomienda que los Estados desarrollen e implementen políticas y servicios para abordar las insuficiencias y brechas existentes en los sistemas europeos de atención de salud mental, para promover la atención basada en la comunidad y la inclusión social de las personas con trastornos mentales a largo plazo. Para lograrlo, se recomiendan áreas estratégicas integradas. El empleo es una de esas áreas estratégicas.

En este caso, la distinción entre trabajo y empleo es sustantiva, El empleo lo entendemos como el recibir un salario igual que los demás empleados en un contexto de regulación laboral. El desarrollo de un trabajo no significa necesariamente un empleo sino inicialmente una ocupación. En en ámbito de la salud mental hemos atravesado diferentes estrategias, para resolver la ocupación y el empleo cada una con su propia filosofías y metodologías: laborterapia, centros ocupacionales, Club House, Centros Rehabilitacion Laboral, Centros Especiales de Empleo, Cooperati-

vas Sociales y el empleo con Apoyo. Cada una de ellas obedece a épocas diferentes y expresan los avances, pudiendo coexistir varias de ellas en un mismo territorio o comunidad, En este capítulo profundizamos en el empleo con apoyo, más concretamente, **Individual Placement And Support (IPS)**, como la estrategia más evaluada y de mayor tasa de éxito, y algunas de las otras estrategias señaladas las hemos recogido en otros capítulos de esta obra colectiva.

Nosotros contemplamos el empleo no solo como un factor esencial en la integración social de las personas, sino que también es un trampolín hacia la recuperación. El empleo y la educación son fundamentales para el proceso no lineal de recuperación. Además de proporcionar seguridad e independencia económica, el empleo contribuye al sentido de pertenencia e identidad y puede beneficiar el bienestar mental.

El empleo es un objetivo importante no solo para la economía sino también para un objetivo o resultado de recuperación personal. Un enfoque para la rehabilitación psiquiátrica o psicosocial que desde hace décadas ha ganado mucha atracción en muchos sistemas y servicios de salud mental. El empleo debe ser parte de la mejora, no el resultado de la mejora.

La exclusión del empleo genera costos para el sistema de bienestar. La exclusión del trabajo también puede dar lugar a un mayor uso de los servicios de asistencia sanitaria y social en comparación con las personas que viven con esquizofrenia y siguen trabajando, pero aún se desconoce si la legislación sobre derechos de las personas con discapacidad, en contraposición a los incentivos económicos, puede facilitar el cambio de comportamiento de los empleadores. Esta es una pregunta que se nos antoja aún abierta.

Estos cambios en la política de discapacidad requerirán restar importancia al modelo biomédico de discapacidad y reconocer que el estado de discapacidad está determinado en gran medida por factores psicológicos, sociales y ambientales. Los resultados de los trastornos mentales graves tienen una correlación mínima con los resultados funcionales. Además, el tratamiento es necesario, pero no suficiente para ayudar a las personas a mantener o establecer un estado funcional. Las políticas de discapacidad deben reconocer estas realidades, enfatizar los servicios y apoyos psicosociales y minimizar los efectos adversos de las políticas existentes. En el año 2018, según el INE (diciembre 2018), el 15,2% de las personas con cualquier discapacidad (289.300) tenía también reconocida oficialmente la situación de dependencia. De estas, el 8,7% permanecieron laboralmente activas.

En resumen, las personas con trastornos mentales graves y persistentes necesitan servicios individualizados, basados en pruebas y las experiencias así como cambios en las políticas para revertir la tendencia hacia el aumento de las tasas de discapacidad. Estos cambios podrían beneficiar a las personas, sus familias y la sociedad.

REORIENTAR LOS SERVICIOS

La esquizofrenia es un trastorno mental presente en el 1% de la población, representando una importante fuente de costos para el sistema de salud y la sociedad. La esquizofrenia es una de las 25 principales causas de discapacidad en todo el mundo. A pesar de su baja prevalencia, su carga sanitaria, social y económica ha sido enorme, no solo para los pacientes sino también para las familias, los cuidadores y la sociedad en general. Chong et al (2016) realizó una revisión sistemática de los estudios sobre la carga económica en la esquizofrenia. En esta revisión se incluyeron un total de 56 artículos. Más del 80% de los estudios se realizaron en países de ingresos altos. La mayoría de los estudios habían realizado un diseño de estudio retrospectivo y basado en la prevalencia. Los costos anuales para la población con esquizofrenia en el país oscilaron entre US \$ 94 millones y US \$ 102 mil millones. Los costos indirectos contribuyeron al 50% -85% de los costos totales asociados con la esquizofrenia. Se estimó que la carga económica de la esquizofrenia oscilaba entre el 0,02% y el 1,65% del producto interno bruto.

En 2013, el costo de la esquizofrenia fue de \$ 155.7 mil millones de dólares en los Estados Unidos (EE. UU.), El 38% de los cuales se asoció con el desempleo, el 35% de los cuales se relacionó con la pérdida de productividad debido a la atención, y solo el 24% con los costos directos relacionados con cuidado de la salud (Cloutier et al 2016). Señalaron que de los factores que impulsan los costos directos de la atención médica, las visitas hospitalarias y los medicamentos resultaron ser los que más contribuyeron al gasto, representando el 10% y el 6% del costo total, respectivamente. Los costos indirectos se estimaron en \$ 117,3 mil millones y contribuyeron al 76% del costo económico total. De los impulsores de los costos indirectos relacionados con la esquizofrenia, se encontró que las altas tasas de desempleo y la carga del cuidador eran los mayores contribuyentes al gasto, representando el 38% y el 34% del costo total, respectivamente. Según los hallazgos del estudio, el costo anual promedio total por paciente diagnosticado con esquizofrenia se estimó en \$ 44,773.

Las personas que viven con esquizofrenia a menudo experimentan una reducción de la calidad de vida (CDV) y tienen más probabilidades de quedarse sin hogar, desempleadas o vivir en la pobreza en comparación con la población general. La esperanza de vida de los pacientes con esquizofrenia es de 15 a 20 años por debajo del promedio y se complica por numerosas comorbilidades, como aumento de peso, aumento del riesgo cardiovascular y cambios en el estado de ánimo y la cognición (Wander et al. 2020).

El empleo es un objetivo de funcionalidad y recuperación en personas con esquizofrenia, vinculado a una mejora en la calidad de vida, funcionamiento social, autoestima, mejoría de los síntomas psiquiátricos, disminución del número de hos-

pitalizaciones, así como la respuesta al tratamiento farmacológico (Luciano et al., 2014). A pesar de que el 70% de los usuarios de los servicios de salud diagnosticados con esquizofrenia han manifestado su interés por trabajar, la evidencia muestra que esta meta de recuperación está lejos de ser alcanzada y que, además de la baja tasa de empleo, están en riesgo de vivir en una situación de calle, además de sufrir estigma o victimización (Drake & Whitley, 2014). Por tanto, es importante reorientar la prestación de servicios de atención y tratamiento centrados en el control de los síntomas hacia la promoción de resultados vinculados al desempeño funcional de quienes viven con estos trastornos (Cloutier et al., 2016; Chong et al., 2016), hacia la promoción de la autonomía personal.

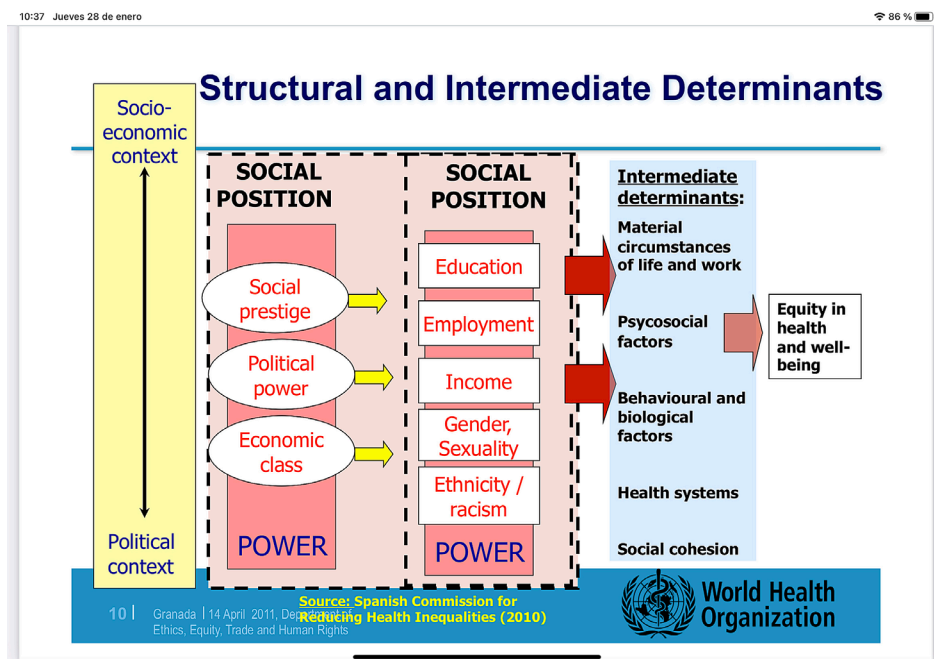
El empleo, sus ventajas, en contraste con las costosas intervenciones biomédicas debería ser obvias. En 1987, a través de un número especial del *Psychiatric Rehabilitation Journal*, se introdujo el concepto de empleo con apoyo (EA) en el campo de la rehabilitación psiquiátrica (Anthony, 2008). El Empleo con Apoyo (EA) se desarrolló inicialmente para personas con discapacidades del desarrollo y se adaptó al campo de la rehabilitación psiquiátrica. Al describir la evolución del empleo con apoyo en la rehabilitación psiquiátrica, la EA puede verse como una aplicación especial de la rehabilitación psiquiátrica y, en particular, la rehabilitación vocacional psiquiátrica. Se reconoce una gran similitud entre los principios básicos de todo el campo de la rehabilitación psiquiátrica y los principios del empleo con apoyo.

Recientemente Drake (2020) en el editorial de *Epidemiol Psychiatr Sci* defiende el empleo como ingrediente de vital importancia en la atención de la salud mental. El desempleo empeora la salud mental y conseguir un empleo puede mejorar la salud mental, incluso para las personas con trastornos mentales más graves. Defendía un nuevo paradigma de tratamiento en salud mental que enfatiza el empleo, porque el empleo con apoyo es una intervención basada en evidencia que puede ayudar a la mayoría de las personas con discapacidad de salud mental a tener éxito en un empleo integrado y competitivo. A diferencia de la mayoría de los tratamientos de salud mental, el empleo genera autosuficiencia y conduce a otros resultados valiosos, incluida la confianza en uno mismo, el respeto de los demás, los ingresos personales y la integración comunitaria. No solo es un tratamiento eficaz a corto plazo, sino también una de las únicas intervenciones que reducen la dependencia del sistema de salud mental con el tiempo.

Las personas ven el trabajo como una parte esencial de la recuperación y como parte de su proyecto vital, que facilita la igualdad de oportunidades y el ejercicio de ciudadanía. Ser productivo y creativo es una necesidad humana básica (figura 1). Trabajar puede ser una forma de salir de la pobreza y prevenir el ingreso al sistema de discapacidad. El desempleo daña el bienestar. El trabajo adecuado puede ser clave para la recuperación de la salud mental. El desempleo es perjudicial para el bienestar

de las personas y el bienestar de quienes las rodean. La gente no se acostumbra a estar desempleada. Su bienestar se reduce permanentemente. El desempleo está fuertemente vinculado al desarrollo de problemas de salud mental.

FIGURA I



En este intervalo de tiempo de las publicaciones de estas editoriales hemos avanzado en la consideración, sobre la evidencia que conseguir un empleo no causa daño a las personas con trastornos mentales graves y en lograr evidencias de efectividad en las estrategias de empleo. Muy lejos de esta creencia, consideramos que el empleo es el mejor tratamiento que tenemos. En cambio, la realidad es abrumadora: Las tasas de empleo para personas con enfermedades mentales graves son inaceptablemente bajas. El 90% de personas con graves enfermedad mental quiere trabajar y el 8%-15% de las personas con enfermedades mentales graves están trabajando. Dos tercios de las personas con trastornos mentales graves quieren trabajar, pero solo el 15% tiene empleo. En términos absolutos en datos del Informe del INE sobre el Empleo de las Personas con Discapacidad (2018) había 1.899.800 personas con discapacidad en edad de trabajar (de 16 a 64 años), lo que supuso el 6,3% de la población total en edad laboral. De esta cifra, 654.600 eran activos el resto en desempleo. Lo más destacable del colectivo de personas con discapacidad es su baja participación en el mercado laboral. En 2018 su tasa de actividad fue del 34,5% (medio

punto menos que en 2017), es decir, más de 43 puntos inferior a la de la población sin discapacidad. La tasa de paro superó en más de 10 puntos a la de la población sin discapacidad (25,2% frente a 15,1%). La tasa de empleo fue del 25,8%, más de 40 puntos inferior a la de las personas sin discapacidad.

En comparación con el resto de tipologías de discapacidad las personas con trastornos mentales graves, tienen la tasa de empleo más bajas (22,3%). Hemos de tener en cuenta que este dato corresponde al total de personas con trastorno mental graves ocupadas a través de las distintas modalidades de inserción laboral (solo personas que cotizan a la Tesorería general de la Seguridad Social); si consideramos que las personas con trastornos mentales graves están encuadradas dentro del colectivo de personas con discapacidad con especiales dificultades de acceso al trabajo, podríamos suponer que, cuando se trate exclusivamente de empleo normalizado, este porcentaje disminuye considerablemente.

Los investigadores y los responsables políticos ahora están de acuerdo en que el empleo es tanto una intervención de salud crítica como un resultado significativo para las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión (Knapp y Wong, 2020).. Este reconocimiento sigue los objetivos expresados por los propios pacientes.

De hecho, solo entre el 10% y el 15% de estas personas están trabajando en los EE. UU., El Reino Unido y otros países de ingresos altos (Drake, 2020). El paradigma biomédico imperante no ha aumentado la tasa de empleo, porque los medicamentos a menudo reducen los síntomas sin mejorar el funcionamiento social (Percudani *et al.*, 2004). Sin embargo, la aceptación de que el empleo es un determinante clave de la salud mental y debería ser un objetivo central del tratamiento de salud mental no se ha traducido en políticas ni ha aumentado la tasa de empleo de las personas con trastornos mentales graves. NICE (2015) recomienda la colocación y el apoyo individual (IPS) como el modelo líder para ayudar a las personas con enfermedades mentales a trabajar

APOYO INDIVIDUALIZADO Y COLOCACIÓN

Hasta finales de la década de 1990, ningún modelo fue eficaz para ayudar a las personas con trastornos mentales graves a conseguir un empleo competitivo estable. Incluso hoy en día, solo el 2% de las personas que podrían beneficiarse tienen acceso a servicios de empleo eficaces.

Hay una serie de acciones diferentes que pueden formar parte de una estrategia para ayudar a más personas con esquizofrenia a obtener un empleo remunerado, pero, en líneas generales, pueden dividirse en dos tipos de apoyo: “**capacitar y ubicar**” y “**ubicar y capacitar**”. El primero se centra en la provisión de formación y, a

menudo, en oportunidades de empleo protegido con miras a desarrollar las habilidades necesarias para obtener un empleo competitivo en el futuro.

La rehabilitación vocacional tradicional consiste en programas dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades necesarias para la integración laboral, por tanto, se espera que los participantes se sometan a un período de preparación, antes de que se les anime a buscar un empleo competitivo (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001). Estos modelos se caracterizan por la utilización del paradigma *train and then place*, es decir, primero se prepara a la persona y luego se la ubica laboralmente. Específicamente, este tipo de programas involucra capacitación prevocacional (enseñanza de habilidades laborales y de búsqueda de empleo), Empleo de Transición o de prueba (es decir, trabajo a tiempo parcial con salario inferior al mínimo) y empleo voluntario antes del trabajo competitivo (Twamley, Jeste, & Lehman, 2003). Bajo esta formulación, las personas con una discapacidad más severa se colocarían en los espacios de trabajo menos exigentes, manteniendo la hipótesis de que adquirirán habilidades y confianza para en el futuro trabajar competitivamente.

Esta estrategias de empleo se basan en el “*modelo paso a paso*” que consisten en:

- La preparación de las personas para trabajar depende de su estado de salud
- Pasan un período prolongado preparándose para el trabajo antes de comenzar a buscar trabajo.
- Apoyo en el trabajo nulo / limitado
- Centrarse en una variedad de resultados, con el voluntariado / la capacitación logrados con más frecuencia que el trabajo real
- Los especialista en empleo trabajan independientemente de los equipos de salud con una interacción limitada entre ellos.

En este tiempo hemos visto y comprobado que los modelos tradicionales no son eficaces para ayudar a las personas con trastornos mentales graves a trabajar. Personas con subsidio de empleo y con un problema de salud mental y poco contacto con un entrenador laboral recibieron apoyo para obtener empleo mediante el programa de trabajo tradicional, solo el 11% con esta estrategia conseguían empleo. Todavía en muchos países la práctica más común y prevalente es esta práctica “entrenar y luego colocar”.

Nosotros nos enfocamos en “*ubicar y capacitar*”, utilizando un enfoque conocido como Colocación y Apoyo Individual, en lengua anglosajona con el acrónimo **IPS: Individual Placement And Support**. Es la implementación más popular del empleo con apoyo es la colocación y el apoyo individual (IPS), en el cual las personas con trastornos mentales graves (u otras discapacidades) reciben ayuda para buscar un empleo competitivo y tratamientos de salud mental (u otros) al mismo tiempo.

El objetivo es ayudar a los usuarios del servicio a obtener un empleo competitivo lo más rápido posible y luego ofrecerles apoyo y capacitación en el trabajo para ayudarlos a mantenerse. empleo. El modelo IPS se describe con detalle en un manual con las pautas a seguir (Becker & Drake, 1993), mientras que la referencia principal para orientar su práctica es la Escala de Fidelidad de Empleo con Apoyo (Supported Employment Fidelity Scale), la cual mide la adhesión a las normas y principios del programa (Bond, Becker, Drake, & Vogler, 1997), es decir, una serie de parámetros basados en evidencias prácticas a las cuales debe ajustarse un programa IPS para conseguir resultados óptimos en el logro del empleo competitivo.

Su rápida expansión de la IPS (Individual Placement And Support), en todo el mundo (Drake et al, 2016) incluye al menos 19 países de altos ingresos fuera de los EE. UU. Durante los últimos 20 años (Australia, Bélgica, Canadá, China, República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Italia, Japón, Nueva Zelanda, Holanda, Noruega, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido). La flexibilidad y adaptabilidad del modelo IPS facilitan la adopción exitosa con alta fidelidad y buenos resultados de empleo en países con diversas condiciones socioculturales, leyes laborales, sistemas de bienestar y condiciones económicas.

En el Reino Unido, en respuesta a los comentarios de las personas que acceden a los servicios de salud mental y la investigación internacional, el sector de IPS en el Reino Unido se encuentra en un punto de inflexión debido a que NHS England se comprometió a expandir el acceso al apoyo laboral dentro del sistema de salud mental durante los próximos 10 años. En 2017, había alrededor de 38 equipos entregando IPS a 9,775 personas con trastornos mentales graves.

- Hay 17 “Centros de Excelencia”, que son reconocidos por el Centro de Salud Mental para brindar servicios IPS de alta fidelidad.
- IPS es proporcionado por NHS Trusts, el sector voluntario y proveedores privados, todos integrados en los equipos de salud mental del NHS

NHS England se ha comprometido a duplicar el acceso a IPS para personas con enfermedades mentales graves para 2021 ...

- ... y el gobierno está llevando a cabo varios ensayos para ver si IPS es efectivo para personas con condiciones de salud mental y / o condiciones de salud física leves a moderadas, y cuando se ofrece en diferentes entornos de salud

En España, a finales del 2003, en la isla de Tenerife, comenzó con la implementación de esta estrategia (Rodríguez Pulido et al.2018), y con desarrollos recientes en Cataluña y Andalucía.

La mayoría de las personas con trastornos mentales graves quieren trabajar. Los servicios de colocación y apoyo individual, una intervención de empleo respal-

dada basada en evidencia, permite que alrededor del 60 por ciento de las personas con trastornos mentales graves que reciben los servicios obtengan un empleo competitivo y mejoren sus vidas, pero el enfoque no lleva a que haya menos personas listas de discapacidad. Sin embargo, los servicios de colocación individual y empleo de apoyo aún no están disponibles para la gran mayoría de las personas con trastornos mentales graves, ni tan siquiera en los Estados Unidos, su lugar de origen .

Las políticas de discapacidad y la falta de un mecanismo de financiación sencillo siguen siendo los principales obstáculos. Un énfasis federal reciente en los programas de intervención temprana puede aumentar el acceso a los servicios de empleo para las personas con psicosis temprana. La pregunta clave para IPS, al igual que para otras prácticas psicosociales basadas en evidencia, es cómo cerrar la brecha entre la población conocida de aquellos que quieren y necesitan estos servicios basados en evidencia y aquellos que tienen acceso. En Estados Unidos, aproximadamente el 60% de las personas con enfermedades mentales graves quieren trabajar, pero menos del 2% tiene acceso a IPS. Las principales barreras han sido la financiación inadecuada y la falta de metodología para la expansión a gran escala (Knapp et al.,2013).

PRINCIPIOS

El enfoque IPS se sustenta en una serie de principios, señalados por Bond et al (2020) que han sido contratados, serían: a) centrarse en el objetivo del empleo competitivo (las agencias que proporcionan IPS están comprometidas con trabajos regulares en la comunidad como un objetivo alcanzable para las personas que buscan empleo); b) exclusión cero (todo cliente que quiera trabajar es elegible para servicios independientemente de su “preparación”, experiencia laboral, síntomas o cualquier otro problema); c) atención a las preferencias de los usuarios (los servicios se alinean con las elecciones de las personas, en lugar de la experiencia o los juicios de los profesionales; los especialistas de IPS ayudan a los clientes a encontrar trabajos que se ajusten a sus preferencias y habilidades); d) búsqueda rápida de trabajo (los programas de IPS ayudan a un usuario a buscar trabajo poco después de que expresa interés en trabajar, en lugar de proporcionar una evaluación, capacitación y asesoramiento prolongados antes del empleo); e) desarrollo laboral específico (basado en los intereses de las personas, los especialistas de IPS construyen relaciones con los empleadores a través del contacto repetido, aprendiendo sobre las necesidades comerciales de los empleadores y presentando a los empleadores a los solicitantes de empleo calificados); f) integración de los servicios de empleo con el tratamiento de salud mental (los programas de IPS se integran estrechamente con los equipos de tratamiento de salud mental); g) beneficio personalizado asesoramiento (los especialistas de IPS ayudan a los clientes a obtener información personalizada, com-

previsible y precisa sobre cómo el trabajo puede afectar su seguro de discapacidad y otros derechos del gobierno); h) apoyo individualizado a largo plazo (los apoyos de seguimiento, hechos a la medida de la persona, continúan durante el tiempo que el cliente quiera y los necesite para mantener un trabajo u oportunidades profesionales avanzadas).

En resumen comienzan a buscar trabajo lo antes posible, en tan solo unas semanas después de haber sido remitidos al servicio, luego continúan apoyando a la persona y al empleador en el trabajo. Los especialistas en empleo y los médicos están altamente integrados y brindan una “atención compartida”, la colaboración con los servicios de salud es básico. IPS utiliza un enfoque personalizado y basado en fortalezas y se enfoca en construir relaciones con empleadores. IPS aborda directamente la falta de integración de los servicios de salud mental y empleo y la desconexión de los diferentes especialistas mediante la integración de especialistas en empleo en los equipos comunitarios de salud mental, o en su caso, cooperación sistemática y regulada.

El modelo IPS tiene evidencia sólida debido al rigor metodológico de su aplicación con pruebas.

EVIDENCIAS

La colocación y el apoyo individual (IPS) se ha convertido en el estándar de empleo con apoyo para personas con enfermedades mentales graves, como esquizofrenia y trastorno bipolar. Incorpora ocho principios básicos que han sido bien investigados con una escala de fidelidad validada que se utiliza en todo el mundo para mejorar la calidad (Drake et al., 2012).

La evidencia de la efectividad de IPS continúa creciendo, comenzando con los primeros estudios en los EE. UU. En las décadas de 1990 y 2000 y extendiéndose a los estudios de replicación en Europa, Canadá, Australia, Hong Kong y Japón. IPS es el modelo de empleo más exhaustivo y rigurosamente investigado y el único modelo de empleo basado en evidencia para personas con trastornos mentales graves. En 28 ensayos controlados aleatorios que evaluaron la eficacia de IPS para personas con trastornos mentales graves, (Bond et al., 2020) todos menos uno en China continental encontraron resultados de empleo competitivos que favorecían significativamente a IPS. En los 28 estudios (N = 6.468), el 55% de los participantes de IPS lograron un empleo competitivo, en comparación con el 25% de los participantes de control que reciben otros servicios vocacionales (<https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>). Un metanálisis de 17 ensayos controlados aleatorios encontró que las personas que recibían servicios de IPS tenían 2,4 veces más probabilidades de ser empleadas que los controles (Modini, 2016). La permanencia laboral de IPS fue el triple que la de los servicios habituales en el estudio de Hoffman.

En EE, UU. se ha demostrado que IPS aumenta significativamente el retorno al empleo abierto en personas con problemas de salud mental en los EE. UU. La experiencia previa (por ejemplo, con ACT) ha demostrado la sensibilidad de las complejas intervenciones comunitarias de salud mental a las culturas sociales y sanitarias locales.

Sin embargo, los resultados parecen ser más positivos en las evaluaciones realizadas en EE. UU. Que en las realizadas fuera de EE. UU. (Bond et al., 2012). El proyecto EQOLISE (Burn et al. 2016) comparó IPS con otros servicios profesionales en seis países europeos: se demostró la eficacia de IPS en seis centros europeos (Londres (Reino Unido), Ulm-Guenzburg (Alemania)), Rimini (Italia), Zúrich (Suiza), Groningen (Países Bajos) y Sofía (Bulgaria)). Otros estudios demostraron la eficacia de IPS en los Países Bajos (Michon et al., 2014), Suecia (Bejerholm et al., 2015) y Suiza (Hoffman et al., 2012). Europa tiene condiciones de seguridad laboral en general mayor que las de EE. UU. Y tasas de desempleo y beneficios sociales variables (generalmente más altas). La evidencia de la efectividad de IPS en estas condiciones, y su posible variación entre ellas, guiaría la política local y proporcionaría posibles conocimientos sobre su mecanismo. Realizaron un ECA de IPS versus rehabilitación vocacional de formación y colocación de alta calidad en seis centros europeos con mercado laboral y condiciones de atención sanitaria y social muy diferentes. Se asignó al azar una muestra de 312 personas con enfermedades psicóticas (50 por ciento). Los criterios de inclusión fueron un mínimo de dos años de duración de la enfermedad, con al menos un año de desempleo continuo y seis meses de contacto con sus servicios de salud mental actuales. El seguimiento fue de 18 meses. El resultado primario fue cualquier empleo abierto y los resultados secundarios incluyeron el tiempo hasta el empleo, la duración del empleo y la admisión al hospital. El IPS fue más eficaz que los Servicios Vocacionales para todos los resultados vocacionales. 85 pacientes IPS (54,5%) trabajaron durante al menos un día en comparación con 43 pacientes del Servicio Vocacional (27,6). Fueron significativamente menos propensos a ser reingresados. Las tasas de desempleo local explicaron una cantidad significativa de la variación en la efectividad del IPS y tanto el crecimiento económico nacional como los sistemas de bienestar influyeron en las tasas generales de empleo en ambos servicios. Se concluyó que el IPS duplica el acceso al trabajo de personas con enfermedades psicóticas, sin evidencia de aumento de recaídas. Su eficacia no es independiente de las circunstancias externas, en particular de las tasas de desempleo locales. concluyó que: IPS logra el doble de tasa de resultados laborales para personas con enfermedades mentales graves en comparación con el apoyo laboral tradicional y los usuarios de IPS han reducido las recaídas y pasan menos días en el hospital.

En Francia el impacto de estos estudios en las creencias y servicios tradicionales en Francia sigue siendo incierto. En cuanto al alcance de los estudios hasta

ahora, ha habido un interés inicial que se ha prolongado durante muchos años por descubrir las características individuales de las personas con enfermedades mentales graves que podrían predecir mejor la permanencia en el trabajo. Desde entonces, los estudios han ido investigando cada vez más diversos soportes con el fin de facilitar el proceso de integración laboral. Estos apoyos pueden ilustrarse como apoyos directos o adaptaciones que se ofrecen en el lugar de trabajo, según sea necesario, particularmente cuando las personas con enfermedades mentales graves eligen revelar su trastorno mental en el lugar de trabajo. Esta conciencia del impacto del entorno laboral en la integración laboral de las personas con una enfermedad mental grave aumenta la necesidad de encontrar soluciones y desarrollar estrategias clínicas ambientalmente sensibles para superar las dificultades durante la integración laboral. En Francia, se han desarrollado diferentes tipos de programas vocacionales: programas de empleo apoyado, empresas sociales y modelos híbridos. implementados en Québec (Canadá) y Francia e inspirados en programas de empleo con apoyo y principios de empresas sociales (Corbie`re et al.,2010). En este obra puede profundizarse en algunos de los desarrollos que han tenido lugar en Francia.

En nuestro país, en Tenerife nuestro grupo ha desarrollado un trabajo sistemático orientado, desde el 2004 hasta la actualidad, en una estrategia de empleabilidad IPS en el marco del desarrollo de unos soportes comunitarios para la recuperación donde el tratamiento asertivo comunitario y el equipo de apoyo individualizado al empleo son apoyos esenciales en una “red de redes” (Rodríguez Pulido et al., 2007;Rodríguez Pulido et al.,2011;Rodríguez Pulido et al,2018). Sus resultados pueden verse en otros capítulo de esta obra.

En Cataluña, a la prueba piloto desarrollada en Cataluña, esta forma parte de una iniciativa europea que contempla Holanda, Italia y España, involucrando un trabajo colaborativo entre el Dartmouth IPS Supported Employment Center, Obra Social la Caixa (proyecto Incorpora) y tres departamentos del gobierno regional en Cataluña (Departament de Salut, Departament d’Empresa i Ocupació y Departament de Benestar i Família). Este proyecto busca mejorar la inclusión laboral y social de las personas con trastornos mentales desde un trabajo integrado que contempla tres áreas: cuidado de la salud, servicios sociales y empleo (Koatz, et al, 2016). Desde octubre de 2013, siete sitios han adaptado sus programas para implementar el IPS y a septiembre de 2016 un promedio de 393 personas con enfermedades mentales graves han participado trimestralmente en estos programas, pasando de 50 personas empleadas competitivamente al año 2013 a 206 personas el año 2016 (Sunol Sala, et al., 2017). Esta implementación no ha estado exenta de obstáculos entre los cuales destacan la crisis económica y el estigma asociado a las personas con enfermedades mentales, además de la falta de integración de los servicios de empleo y las entidades de salud mental, incluida la falta de registros electrónicos compartidos (Koatz et

al., 2016), pese a que la iniciativa se encuentra incluida en el Plan Integral de Salud Mental de la Generalitat de Cataluña.

Durante la última década, una serie de revisiones sistemáticas y metanálisis han confirmado este hallazgo básico (Brinchmann et al.,2020; Frederick et al.,2019). Un metanálisis informó efectos de moderados a grandes a favor de la IPS para una variedad de otros resultados laborales (Frederick et al.,2019). Otro metanálisis encontró que, en comparación con los participantes de control, los participantes de IPS obtuvieron empleo más rápido, mantuvieron el empleo cuatro veces más durante el seguimiento, ganaron tres veces la cantidad del empleo y tenían tres veces más probabilidades de trabajar 20 horas o más. por semana (<https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>).

Los estudios a largo plazo muestran que la mitad de todos los clientes inscritos en IPS se convierten en trabajadores estables, manteniendo el empleo durante 10 años o más. Un estudio de seguimiento reciente de un ensayo multicéntrico encontró que los ingresos significativamente más altos para los usuarios de IPS en comparación con los controles persistieron durante un período de cinco años después de la intervención de dos años (Baller et al.,2020). Los análisis de costo-efectividad de ensayos controlados aleatorios de IPS generalmente han encontrado que los costos agregados de los servicios vocacionales y de salud mental no son más altos, y en ocasiones significativamente más bajos, para IPS que para los servicios estándar (Drake et al.,2016). IPS se ha expandido constantemente, extendiéndose a nuevas poblaciones clínicas y más entornos de salud mental en los EE. UU. Y en todo el mundo. Los ensayos controlados aleatorios recientes de IPS incluyen seis ensayos para personas con trastornos mentales comunes, dos para personas con trastornos por uso de sustancias y uno para veteranos con lesiones en la médula espinal. Ocho de estos nueve estudios mostraron resultados de empleo que favorecían significativamente a IPS (Bond et al,2019).

En EE.UU se están realizando varios ensayos de IPS a gran escala en otras poblaciones, incluidos tres para personas con trastornos por uso de sustancias: el Proyecto BEES en los EE. UU. En este contexto, en 2017, la Oficina de Planificación, Investigación y Evaluación dentro de la Administración para Niños y Familias (ACF) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE . UU . Lanzó la publicación Construyendo evidencia sobre estrategias de empleo para familias de bajos ingresos (BEES). proyecto para evaluar la efectividad de programas innovadores diseñados para impulsar el empleo y los ingresos entre los estadounidenses de bajos ingresos. Con la intención de basarse en investigaciones anteriores sobre la efectividad de varias estrategias de empleo, el proyecto BEES financiará evaluaciones rigurosas de programas prometedores que prestan servicios a los beneficiarios de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) u otras familias de bajos

ingresos similares que no reciben asistencia en efectivo de TANE. Además, BEES priorizará las evaluaciones de los programas iniciados por el estado y los programas que atienden a adultos cuyas perspectivas laborales se han visto afectadas por la dependencia de opioides, el abuso de otras sustancias o las afecciones de salud mental.,

En el Reino Unido, el estudio IPS-AD y en Noruega un estudio similar. Se han completado varios pequeños ensayos controlados aleatorios de IPS para personas involucradas en la justicia penal, con un ensayo estadounidense a gran escala, el estudio Next Gen, que comenzará pronto, en el ámbito de las empresas familiares para liderar la transformación digital y convertirse en agente del cambio. Después del trabajo piloto, se planean o están en marcha grandes ensayos de IPS para personas con trastorno del espectro autista, trastorno límite de la personalidad y dolor crónico.

IPS también ayuda a los adultos jóvenes a negociar el camino hacia roles adultos significativos en el empleo y la educación, por ejemplo, como un componente estándar de los programas de intervención temprana para clientes con un primer episodio de psicosis. Otros subgrupos de la población adulta joven también parecen beneficiarse de IPS (<https://ipsworks.Org/index.php/evidencia-para-ips/>).

Sin embargo, alrededor del 40% de los participantes no logran sus metas vocacionales, y muchos de los participantes de IPS solo trabajan a tiempo parcial o pierden sus trabajos debido a un bajo desempeño laboral (McGurk et al,2007). Esto puede atribuirse a las deficiencias cognitivas y el bajo funcionamiento social, que se definen como algunos de los factores relacionados con la enfermedad más importantes asociados con el desempleo entre las personas con TMG (McGurk et al.,2000; Tsang et al, 2010). De acuerdo, las investigaciones sugieren que IPS mejorado con remediación cognitiva o entrenamiento en habilidades sociales asociadas al trabajo (IPSE) puede mejorar los resultados positivos de IPS. (McGurk et also. 2015; Tsang et al.,2010).

En la línea de mejorar los resultados se ha propuesto combinar IPS y entrenamiento en habilidades sociales es el programa que emerge en China denominado Integrated Supported Employment (ISE). La lógica de la combinación reside en el rol que desempeñan las dificultades interpersonales en la continuidad de un empleo (Becker et al., 1998), así como el rol predictivo que tiene la competencia social para el logro de un empleo remunerado. El programa ISE sigue el protocolo del IPS según su manual de aplicación (Becker, & Drake, 1993), incorporando en la fase de evaluación vocacional una estimación de las habilidades sociales necesarias en la búsqueda y mantenimiento de un trabajo, para posteriormente incluir un módulo de capacitación. Tsang y Pearson (2001) han denominado a este módulo Work-related Social Skills Training (WSST), es decir, Entrenamiento en Habilidades Sociales relacionadas con el Trabajo. El WSST es un procedimiento estandarizado y manua-

lizado orientado a enseñar a los usuarios del programa habilidades que son esenciales para mantener un trabajo. El programa consiste en 10 sesiones grupales con sesiones de una hora y media a dos horas de duración, en las cuales inicialmente se abordan habilidades básicas de conversación, comunicación verbal y no verbal, asertividad y cuidado de la apariencia personal. Posteriormente, se enseñan habilidades básicas relacionadas con el trabajo, incluidas las necesarias para realizar una búsqueda de empleo, enfrentar una entrevista, manejar conflictos en el lugar de trabajo y habilidades para resolver problemas (Tsang & Pearson, 1996, 2001). Este programa también incluye apoyos continuos en la comunidad para ayudar a la generalización de las habilidades (Tsang, 2003).

Respecto a estudios de eficacia, un ensayo controlado aleatorizado en China con 163 participantes diagnosticados con trastorno mental severo (77.3% de personas con esquizofrenia), comparando ISE, con IPS y un tratamiento usual (evaluación y entrenamiento vocacional), reportó que el 78% del grupo ISE obtuvo un empleo competitivo comparado con el 53.6% del grupo IPS y el 7.3% del grupo de tratamiento usual, existiendo una diferencia estadísticamente significativa favorable a ISE. Esta diferencia también se presentó en la variable mantenimiento del empleo, el grupo ISE presentó un período más largo de mantenimiento del empleo con un promedio de 23.84 semanas, comparado con 12.34 y 1.05 semanas para el grupo IPS y tratamiento usual, respectivamente (Tsang et al., 2009). Un ensayo más reciente, con 162 participantes con diagnóstico de esquizofrenia, también reportó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos y una tasa más elevada de empleo competitivo en el grupo ISE, con cifras de 63.0%, 50.0% y 33.3% para ISE, IPS y tratamiento usual, respectivamente. Así mismo, para la variable mantenimiento del empleo se observó que el grupo ISE logró una media de 29.56 semanas de trabajo comparado con el grupo IPS y tratamiento usual que lograron 25.47 y 9.91 semanas, respectivamente (Zhang et al., 2017).

No obstante, la eficacia de las intervenciones de IPS más aquellas que incorporan una intervención psicosocial en el modelo, ha sido evaluada en esta población (Vázquez-Estupiñan, et al., 2018). Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre ensayos clínicos aleatorios de intervenciones de IPS más Social Skills Training publicado en inglés entre 2007 y 2017, en las bases de datos electrónicas de PubMed, SciencSe calcularon el riesgo de sesgo y las tasas de empleo competitivas. Se realizó un metanálisis utilizando el método de efectos aleatorios.. Se identificaron doce artículos en los que se compararon 10 intervenciones de IPS aumentadas con otras intervenciones. En ocho estudios realizados en personas con esquizofrenia, la intervención se basó en IPS + habilidades sociales / habilidades laborales / rehabilitación cognitiva vs. IPS o IPS modificado. No se encontró ningún efecto general que favoreciera las intervenciones aumentadas ($RR = 1,37$, IC del 95% [.97, 1,95],

I 2 = 52%). Las intervenciones de IPS más Social Skills Training tienden a ser más efectivas cuando se implementan durante el primer episodio psicótico. No es posible concluir que las intervenciones de IPS más Social Skills Training tengan un efecto significativo sobre las intervenciones de IPS estándar para obtener empleo competitivo en personas con esquizofrenia.

Los programas de rehabilitación cognitiva también se han usado en combinación con IPS, como en el caso de los estudios de McGurk y colaboradores en Estados Unidos. McGurk et al. (2005) describen un procedimiento basado en computadora denominado Thinking Skills for Work (TSW), con ejercicios derivados del programa de entrenamiento COGPACK que ha mostrado mejorar el funcionamiento cognitivo en esquizofrenia (Sartory, Zorn, Groetzinger, & Windgassen, 2005). Para optimizar el rendimiento cognitivo en el trabajo el programa utiliza tres enfoques: la práctica del ejercicio cognitivo, la orientación estratégica y la enseñanza de estrategias de afrontamiento y compensación (McGurk et al., 2015). La práctica de ejercicios cognitivos consiste en aproximadamente 24 horas de ejercicios de dificultad creciente, entregados por un especialista en entrenamiento cognitivo en colaboración con un especialista en Empleo con Apoyo, cubriendo una amplia gama de funciones cognitivas, incluyendo atención y concentración, velocidad psicomotora, aprendizaje y memoria y funciones ejecutivas. Las sesiones requieren entre 45 y 60 minutos para completarse, con dos o tres sesiones por semana durante un período total de aproximadamente 12 semanas. Los participantes reciben puntuaciones de rendimiento después de cada ejercicio, dando cuenta de la precisión y la velocidad de desempeño, las cuales se utilizan para orientar y reforzar el progreso (McGurk et al., 2005). Los usuarios del programa también participan en un grupo semanal en el cual se aborda el rol de la cognición en el desempeño laboral y la resolución de problemas, además de estrategias compensatorias para enfrentar desafíos comunes en el trabajo tales como recordar tareas, permanecer focalizado en las mismas y mejorar la velocidad de trabajo (McGurk, Mueser, DeRosa, & Wolfe, 2009).

En cuanto a evidencia de eficacia, un estudio realizado en Estados Unidos por McGurk et al. (2005), en 44 participantes con trastorno mental severo (71.5% del espectro esquizofrenia), informó que el grupo asignado a Empleo con Apoyo-TSW mostró una tasa de empleo acumulada en el período de un año significativamente más alta que el grupo de solo Empleo con Apoyo (69.6% frente a 4.8%, respectivamente), además de trabajar más horas y obtener una mejores ingresos monetarios. En la misma línea, un ensayo de 107 personas con trastorno mental severo (46% con diagnóstico del espectro esquizofrenia) que habían fracasado al obtener o mantener un empleo competitivo pese a recibir Empleo con Apoyo de alta fidelidad (IPS), también reportó en el grupo IPS-TSW mejores resultados en empleo competitivo durante el período de seguimiento de dos años comparado con el grupo de solo IPS.

Concretamente, el grupo IPS-TSW obtuvo una tasa de empleo competitiva de 60% frente al 36% del grupo de solo IPS, además de una cantidad significativamente superior de semanas trabajadas competitivamente e ingresos monetarios por salarios (McGurk et al., 2015). No obstante, un ensayo realizado en Japón con 109 participantes del espectro esquizofrenia concluyó que el grupo asignado a Empleo con Apoyo-TSW mostró una mejor sintomatología psiquiátrica, mejores relaciones interpersonales y mejor funcionamiento social y cognitivo frente al grupo que recibió solo Empleo con Apoyo, pero no se observó diferencias significativas entre los grupos en términos de tasa de empleo y salarios obtenidos (Sato et al., 2014). Nosotros

Un ensayo en Australia (Harris et al., 2017), en el cual también se evalúa la combinación de remediación cognitiva y Empleo con Apoyo, describió un procedimiento basado en Internet denominado CogRem. CogRem consiste en una serie de intervenciones de remediación cognitiva que varían ampliamente en términos de duración, intensidad, estímulos de entrenamiento utilizados y el grado en que la generalización está explícitamente dirigida (McGurk et al., 2013). Estudios de eficacia muestran que CogRem produce desde mejorías leves a moderadas en las medidas de cognición global y en un rango de dominios cognitivos específicos como la atención/vigilancia y la velocidad de procesamiento (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). En el estudio de Harris et al. (2017), una muestra de 86 personas diagnosticadas con trastorno mental severo (58.14% esquizofrenia), desempleadas y participando en un programa de Empleo con Apoyo, se asignaron al azar a un grupo de intervención de Empleo con Apoyo-CogRem o a un grupo de control de Empleo con Apoyo- WebInfo (información de libre disposición en internet como noticias, sitios web de entretenimiento). A los seis meses posteriores al tratamiento el grupo de intervención había trabajado significativamente más horas y había ganado más dinero en comparación al grupo de control, sin embargo, no se observaron cambios en la cognición.

Por el contrario, Nuestro grupo en Tenerife (Rodríguez Pulido et al, 2019) investigo los efectos del entrenamiento de remediación cognitiva (RC) mediante el COGPACK con Colocación y Apoyo Individual (IPS) en personas que padecen enfermedades mentales graves que habían fracasado en el empleo. Se reclutaron sesenta y cinco participantes (83% con esquizofrenia o trastorno bipolar) de los equipos comunitarios de salud mental. Cincuenta y siete cumplieron los criterios y aceptaron participar en el estudio. Las condiciones de rehabilitación cognitiva se asignaron aleatoriamente con empleo de apoyo CR + IPS ($n = 28$) e IPS solo ($n = 29$). Se siguió a dos grupos a los 8 y 12 meses después de la línea de base. Los participantes del grupo CR + IPS mejoraron más que el grupo de IPS solo durante el período de seguimiento en las medidas de funcionamiento cognitivo (significativamente más alto en funciones ejecutivas, aprendizaje verbal y memoria) y obtuvieron porcentajes de

empleo más altos durante el período de seguimiento, incluyendo personas que consiguieron empleo a los 8 meses (52,2% frente al 29,2%, $p = .023$) y al año (60,9% frente al 37,5%, $p = .025$), así como, en las horas semanales trabajadas (37,2 frente a 26,7 h, $p = 0,023$). La retención en el programa CR + IPS fue alta (82,14%). La puntuación cognitiva global calculada mostró que la evolución a lo largo del tiempo difirió significativamente entre los grupos ($p < .001$).

Las preguntas es si los efectos de mejorar la intervención se pueden replicar y si los mismos efectos de IPS se pueden lograr cuando la educación se incluye en el resultado primario y cuando se lleva a cabo en un mercado laboral altamente especializado con un salario mínimo alto y un nivel social relativamente generoso. -sistema de seguridad. Sobre esta base, en Dinamarca Christensen et al.,2019) se llevo a cabo un ensayo clínico aleatorizado de 3 grupos en Dinamarca, para comprobar si .los efectos se pueden mejorar agregando remediación cognitiva y entrenamiento de habilidades sociales centrado en el trabajo (IPS con mejoras [IPSE]). Investigo. los efectos de IPS vs IPSE vs service as usual (SAU) en una población de individuos con trastornos mentales severas en Dinamarca. Fie un ensayo clínico aleatorizado, de tres grupos, paralelo, ciego al evaluador, iniciado por un investigador, que utilizó equipos de intervención temprana o servicios comunitarios de salud mental en tres ciudades danesas para reclutar participantes con enfermedades mentales graves. Los participantes fueron asignados al azar para recibir IPS, IPSE o SAU desde noviembre de 2012 hasta febrero de 2016, y el seguimiento continuó hasta agosto de 2017. Los participantes asignados a la intervención IPS recibieron apoyo vocacional según los principios del modelo IPS. Los participantes en el brazo de IPSE recibieron remediación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales además de IPS.

El grupo que recibió SAU recibió rehabilitación vocacional en los centros de trabajo daneses.Las personas con enfermedades mentales graves que participaron en IPS o IPSE obtuvieron tasas de empleo y estudio más altas o tenían más horas en el empleo y la educación que los participantes en un programa de rehabilitación vocacional danés convencional (SAU). Los participantes en los grupos IPS e IPSE también obtuvieron empleo o educación más rápido y estaban más satisfechos con el apoyo que recibieron en comparación con los que recibieron SAU, pero no hubo diferencia significativa entre IPS e IPSE en ninguno de los resultados vocacionales. Con respecto al resultado primario (el número de horas en empleo competitivo o educación), planteamos la hipótesis de una diferencia media clínicamente relevante de 150 horas entre los grupos al realizar el cálculo del tamaño de la muestra. Esto se logró en la comparación entre IPSE y SAU, pero no fue así entre IPS y SAU, entre los cuales se detectó una diferencia de 70 horas. No obstante, cuando también consideramos la diferencia del 13% en las tasas de estudio y empleo, la diferencia en días para el empleo y la educación y la diferencia en la satisfacción con la intervención

entre los grupos de IPS e IPSE y los que reciben SAU, estos efectos se evalúan como sustanciales y clínicamente relevante. Dado que el grupo SAU también recibió una costosa y sustancial cantidad de rehabilitación vocacional, El grupo de control (SAU) se desempeñó mejor de lo esperado, incluso mejor que la mayoría de los ensayos IPS anteriores de países con un mercado laboral y una política laboral comparables. En un ensayo aleatorizado sueco sobre IPS, el 46% de los participantes en el grupo IPS obtuvieron empleo, en comparación con el 11% en el grupo SAU. 29! En el presente ensayo, el 38% en el grupo IPS y el 28% en el grupo SAU obtuvieron empleo competitivo. Cuando se incluyó la educación, las cifras fueron del 60% frente al 47%. Por lo tanto, los resultados vocacionales en el grupo SAU en el presente ensayo casi alcanzaron los puntos de referencia establecidos para los programas de IPS de alta fidelidad Sin embargo, vale la pena señalar que el grupo de control estaba significativamente menos satisfecho con el apoyo que recibieron los 2 grupos experimentales. Creemos que el fuerte enfoque en las propias preferencias del individuo por el trabajo o la educación es un factor esencial detrás de esta diferencia, que también ha sido sugerida por investigaciones anteriores

Los programas son efectivos no solo para los jóvenes (Rinaldi et al., 2010) sino también para personas de mediana edad y mayores con esquizofrenia (Twamley et al., 2012). Un ensayo europeo en varios países encontró que el uso de IPS también se asoció con mejores resultados clínicos, incluidas las tasas de rehospitalización, en comparación con los programas de lugar y formación (Burns et al., 2009; Kilian et al., 2012). Kilian et al (2012) que el modelo autorregresivo de efectos rezagados cruzados es el mejor enfoque para la estructura de datos dada de IPS. Todos los modelos indicaron que los pacientes que recibieron una intervención de IPS pasaron más horas en un empleo competitivo y, debido a los efectos positivos indirectos del empleo en el estado clínico, pasaron menos días en hospitales psiquiátricos que los pacientes que recibieron formación profesional convencional. Sus resultados apoyan la hipótesis de que la intervención IPS tiene efectos positivos no solo en los resultados vocacionales sino también clínicos en pacientes con esquizofrenia. Este hallazgo coincide con los encontrados por nuestro grupo en la isla de Tenerife (Rodríguez Pulido et al.,2018).

La psicosis compromete los proyectos educativos y profesionales de los pacientes jóvenes. También se ha comprobado que el IPS puede integrarse con éxito en los equipos de intervención temprana en psicosis (EIP) (Abdel-Bakri et al., 2013). Estos autores comprobaron que el manejo de casos vocacionales (VCM) ofrece un apoyo integral para la reintegración al trabajo o estudios dentro de un programa de intervención temprana en psicosis. Evaluaron la efectividad de VCM en la reanudación del trabajo o la escuela e identificar los factores predictivos del resultado ocupacional. Este estudio descriptivo se centró en el estado ocupacional de una cohorte de psicosis temprana durante los primeros 5 años de VCM. Resultó que que el 56,6% de los

97 sujetos del estudio tenían un diagnóstico de esquizofrenia, el 32% tenía trastorno bipolar tipo I con características psicóticas. El 68% tenía una ocupación productiva el año anterior al ingreso y el 47,4% al ingreso. La tasa de ocupación aumentó del 57,1% a los 12 meses a más del 70% a los 48 meses. El 65,6% mantuvo o mejoró su situación laboral. La mayoría de los sujetos tenían un empleo competitivo y la tasa de empleo era similar a la de la población en general. El empleo previo y la psicosis afectiva se asociaron con mejores resultados. La mayoría de las personas que padecen psicosis temprana reanudan la actividad productiva rápidamente cuando se les ofrece VCM dentro de un programa de intervención temprana durante un período de seguimiento de hasta 5 años.

Existen pruebas que las habilidades cognitivas predicen el resultado del trabajo en personas con psicosis. Los programas de corrección cognitiva mejoran en cierto modo los resultados laborales, pero las personas aún experimentan dificultades para mantener el empleo. Se ha demostrado que la metacognición predice el desempeño laboral en personas con esquizofrenia, asimismo recientemente ha sido evaluada las estrategias metacognitivas, a la psicosis del primer episodio (FEP). Abigail et al.,(2020) evaluó si la metacognición, la aptitud intelectual y la capacidad funcional pueden predecir la participación en el trabajo y el número de horas de trabajo dentro de FEP. Cincuenta y dos individuos con psicosis, de un servicio de Intervención Temprana en Psicosis, medidas completadas de CI, metacognición (Entrevista de Evaluación Metacognitiva), capacidad funcional (UPSA) y resultado funcional (horas dedicadas a una actividad estructurada por semana, incluido el empleo). Se empleó a veintiséis participantes (22 hombres, 4 mujeres) y veintiséis (22 hombres, 4 mujeres) no se emplearon. El CI y la metacognición se asociaron significativamente con si el individuo estaba involucrado en un empleo [CI ($p = .02$) y metacognición ($p = .006$)]. Al controlar por el CI, la metacognición (subescala de diferenciación) siguió siendo significativa ($p = .04$). A continuación, incluyendo solo a los empleados, ningún factor cognitivo ni metacognitivo predijo el número de horas en el empleo. Este es el primer estudio que evalúa directamente la metacognición como predictor de las horas de trabajo para las personas con PEP. Este estudio destaca la importancia de mejorar la capacidad metacognitiva con el fin de mejorar la probabilidad de empleo y la participación de las personas con FEP.

El empleo es también uno de los predictores más sólidos de resultados positivos para las personas con trastorno por uso de sustancias. Magura et al (2020) - es una actualización de una revisión sistemática previa publicada en 2004- de las intervenciones destinadas a mejorar los resultados laborales de las personas con trastorno por uso de sustancias (TMUS) en cualquier etapa de la recuperación.. Se identificaron 132 artículos de los cuales 14 cumplieron los criterios de inclusión, principalmente un mínimo de diseño de evaluación cuasi-experimental. *Resultado que nueve programas*

o modelos fueron representados entre los 14 estudios, siendo la Colocación Individual y Support (IPS) y su variante los Apoyos de Empleo Personalizados (AEP) con resultados positivos la mayoría de estudios. Pero, en general, la magnitud de los efectos de cualquier intervención sobre el empleo fue pequeña para todas las intervenciones; un resultado puede haber mostrado significación estadística mientras que otros resultados uno o más no lo hicieron, y hubo poca consistencia en cómo se midieron los resultados entre los estudios. *Conclusyen que la importancia IPS / CES muestra actualmente el mayor apoyo probatorio. Pero todos los estudios de intervenciones con datos de resultados positivos deben replicarse con muestras más grandes en diversos entornos*

Harrison et al., (2020) evaluó y organizó la base de evidencia del uso de IPS en adultos con trastornos por uso de sustancias. (TUS). Se realizó una revisión sistemática de metanálisis, revisiones y estudios individuales desde 2000 hasta 2019, midiendo la eficacia de IPS en individuos con TUS o TUS comórbido.. Los estudios experimentales y cuasiexperimentales se revisan y critican para su aplicación a una población de TUS. Luego, se discuten las barreras y facilitadores de la implementación de IPS con esta población. Se concluyó que *existe* una gran evidencia que respalda la aplicación de IPS para personas con trastorno uso de sustancias, tanto individualmente como cuando se combina con un trastorno de salud mental. Las barreras para la implementación de IPS, incluido el tratamiento episódico, el riesgo de recaída e inestabilidad en la vivienda o la justicia penal, hacen del programa de IPS una práctica óptima útil a considerar para esta población.

Sólo el 6% de las personas que salen de prisión en UK reciben apoyo para encontrar trabajo competitivo (Dúrcal et al., 2018) Financiado por Jean Paul Getty Jr. Charitable Trust, The Henry Smith Caridad, y la Fundación Garfield Weston, este proyecto trabajó con los egresados de prisión de ocho prisiones West Midland. Este proyecto Colocación y Apoyo Individual (IPS) con una población que no había sido probado antes: las personas con problemas de salud mental al salir de prisión. El Centro de Salud Mental y socios llevó a cabo un estudio de viabilidad de IPS en ocho cárceles. En total, 23 de las 61 personas que se dedican tanto durante como después de su tiempo en prisión fueron apoyados en el mundo laboral. El proyecto observó una relativa a la falta de apoyo de salud mental para un grupo con este tipo de necesidades complejas. Además, el proyecto a menudo opera en un vacío de otro tipo de apoyo, lo que significa que antes de que se podría proporcionar un apoyo intensivo del empleo, se requiere el proyecto para centrarse en las necesidades más inmediatas como la vivienda y beneficios. *De la prisión a trabajo* encuentra que el enfoque IPS se puede adaptar con éxito para apoyar a los presos para conseguir trabajo cuando son liberados. Se resalta la necesidad de un ensayo a mayor escala de IPS para los ex prisioneros y reformar los servicios de empleo existentes en el sistema de justicia criminal.

EL VIAJE DEL USUARIO

Un viaje de usuario típico de IPS: derivación del equipo clínico; búsqueda de empleo rápida y personalizada; Apoyo continuo

Sin trabajo

1. El personal clínico y el usuario del servicio hablan sobre el trabajo como parte del plan de recuperación
2. Clientes voluntarios para ser referidos a IPS. Los 6 únicos criterios son el interés en buscar trabajo.
3. El cliente se reúne con el especialista en empleo (ES) de IPS en la comunidad para discutir los objetivos laborales
4. Después de las reuniones iniciales, el usuario y ES rápidamente comienzan a buscar trabajos remunerados.

Con trabajo

4. El IPS involucra a los empleadores para encontrar “trabajos ocultos” que cumplan con los objetivos del cliente
5. El IPS asesora al cliente sobre sus beneficios y el impacto de volver al trabajo en sus ingresos.
6. El IPS apoya al usuario y a su empleador

Trabjará con una variedad de personas en esta función, pero algunas de las relaciones clave serán con: Usuarios de IPS: trabajará directamente con personas con problemas de salud mental para apoyarlas en su proceso de recuperación ayudándoles a conseguir un empleo.

EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ESPECIALISTA EMPLEO

El modelo IPS requiere un equipo integrado, bien capacitado y proactivo, que dedica la mayor parte de su tiempo a brindar apoyo personalizado a las personas con trastornos mentales graves para buscar, obtener y mantener un empleo. Es necesario reorientar las competencias de los profesionales de la salud mental (médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales) para establecer el empleo como objetivo central de la rehabilitación y evaluar los resultados de forma continua y crítica.

Los especialistas de empleo (ES) ofrecen orientación y asesoramiento, junto con consejos prácticos sobre cómo encontrar un trabajo y preparación de entrevistas. También pueden buscar puestos de trabajo y colaborar con los empleadores directamente en nombre del paciente para identificar los roles muy adecuados - que actúa como un vínculo crucial entre el paciente, su empleador y equipo médico (Swanson et al, 2013).

Los usuarios pueden recurrir a los especialistas capacitados que están incrustados o no en los equipos de salud, en cualquier momento. Cuando los especialistas de empleo no forman parte de los equipos de salud mental, estos equipos pueden establecer redes de cooperación para esta finalidad, como ocurre en la isla de Tenerife (Rodríguez Pulido et al, 2011). Estos equipos trabajan junto a psicólogos, enfermeras de salud mental y otros profesionales de la salud y pueden hablar con los posibles empleadores sobre la mejor manera de apoyar a las personas para que puedan trabajar con eficacia, mientras que permanece en buen estado de salud

Empleadores locales (empresas): estará activo en el área local, entablando relaciones con los empleadores locales (empresas) para identificar las oportunidades laborales adecuadas para su cliente y también brindando apoyo en el trabajo tanto a su cliente como a su empleador cuando sea necesario.

Por empleo hay proveedores de servicios IPS en toda Inglaterra, en EEUU, y varios países de Europa, Tenerife y Cataluña. Las competencias de los especialistas en empleo que trabajan en estos programas son elementos clave relacionados con la integración laboral. En Francia, la Asociación Messidor, una organización preprofesional, ha desarrollado una práctica con similitudes con el empleo con apoyo y está comenzando a desarrollar programas de empleo con apoyo en su contexto. Se han desarrollado estudio cuantitativo fue evaluar las competencias de los consejeros vocacionales de Messidor utilizando la escala Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Specialists ‘comparando sus resultados con los de los especialistas en empleo que trabajan en programas de IPS en Canadá. Los análisis descriptivos y un MANOVA destacaron similitudes entre los consejeros franceses y canadienses, como la misma importancia que se le da a la alianza de trabajo con los clientes y el desarrollo de relaciones con diferentes partes interesadas (por ejemplo, empleadores). Las habilidades que deben desarrollarse en los consejeros vocacionales en Francia incluyen las relacionadas con la búsqueda rápida de empleo y el manejo del estigma. Además, se sugieren implicaciones clínicas para asegurar el desarrollo de las competencias de los consejeros profesionales en Francia (de Pierrefeu et al. 2017). Sin embargo, las variaciones significativas en el éxito profesional de las personas pueden explicarse en parte por las diferencias en las competencias de sus especialistas en empleo. Objetivo Los principales objetivos de este estudio fueron desarrollar un cuestionario que midiera los comportamientos, actitudes y conocimientos de los especialistas en empleo que trabajan en programas de ES y vincular las competencias específicas con los resultados profesionales.

Se apunta que las variaciones significativas en el éxito profesional de las personas pueden explicarse en parte por las diferencias en las competencias de sus especialistas en empleo. Se ha desarrollado por Cobiere et al (2014j un cuestionario que midiera los comportamientos, actitudes y conocimientos de los especialistas en em-

pleo que trabajan en programas de ES y vincular las competencias específicas con los resultados profesionales. Un total de 153 especialistas en empleo que trabajaban en programas de empleo con apoyo canadiense y holandés completaron el cuestionario Behaviors, Attitudes, and Knowledge in Employment Specialists (BAKES) y proporcionaron información sobre los resultados vocacionales de sus clientes. Los resultados de los Análisis de factores exploratorios encontraron 90 ítems en 12 subescalas (por ejemplo, Relaciones con empleadores y supervisores). Los análisis de regresión indicaron que las dos subescalas más útiles para predecir el éxito vocacional fueron: (1) Relaciones con empleadores y supervisores, y (2) apoyo y enfoque centrado en el usuario. Los especialistas en empleo requieren competencias específicas para ayudar a las personas con trastornos mentales graves a obtener y mantener un empleo competitivo. La validación de BAKES definirá mejor la amplia gama de competencias que se esperan para este puesto, y esta herramienta puede facilitar la formación de especialistas en empleo.

Recientemente en UK Texeiras et al (2020: en el intento de corregir la preponderancia de la investigación realizada sobre el empleo con apoyo se ha centrado en la estructura de las intervenciones con poca investigación empírica sobre la contribución de los especialistas en empleo a los resultados laborales. Utilizando un enfoque participativo, identificamos las competencias esenciales para el papel de los especialistas en empleo, operacionalizamos y refinamos esas competencias utilizando las perspectivas de los expertos, los destinatarios de servicios y los propios especialistas en empleo. Realizamos una encuesta en línea con 34 elementos candidatos y $n = 142$ encuestados. Los resultados sugirieron buenas propiedades psicométricas, estabilidad y coherencia de la Escala de Prácticas Vocacionales y Relaciones. Un total de $n = 23$ ítems finales que aprovecharon la alianza de trabajo se fusionaron en un factor fuerte, al igual que las estrategias para promover la recuperación vocacional. lo que sugiere que la escala justifica pruebas a gran escala de validez predictiva. Consideramos que estos constructos y competencias son un modelo potencial para capacitar a especialistas en empleo, no solo en habilidades y estrategias técnicas, sino también para aumentar la esperanza de recuperación vocacional entre aquellos a quienes sirven.

No obstante, no parece necesario ser médico para cambiar una vida. Y no necesita una calificación clínica para transformar la vida de alguien que vive con una enfermedad mental: lo que sí necesita es la resistencia, la empatía y la determinación para abrir puertas, desafiar los prejuicios y defender las habilidades y talentos de las personas que solo necesitan alguien que crea en ellos.

En nuestra experiencia, hemos visto en la práctica que lo deseable es tener interés y algo de conocimiento sobre la salud mental, pero no es esencial. Hemos descubierto que es la personalidad y actitud lo que es más importante: una creencia

genuina de que alguien con un historial de mala salud mental, puede encontrar un empleo sostenible y una pasión por hacer una diferencia positiva y construir relaciones de esperanza, supera la experiencia específica de salud mental.. Facilitar de forma realista la esperanza que algún día fue rota. Realmente es muy atractiva la labor profesional en los equipos IPS si está buscando un rol gratificante en el que esté marcando una diferencia en la vida de personas con problemas de salud mental,

Hemos hablado con quienes trabajan actualmente en IPS para ver por qué disfrutan de su trabajo:

“No solo hemos cumplido un objetivo, hemos cambiado la vida de alguien”

Si eres una persona que cree que todas las personas con problemas de salud mental pueden trabajar, eres apasionada, creativa, orientada a las soluciones, y con habilidad para construir relaciones de esperanza y con una confianza creciente ser especialista en empleo de IPS sería gratificante.

Y algunos usuarios nos cuentan:

“Yo ascendí de “raro” a ser “loco”, sin embargo, un día me harté de que me señalaran y empecé mirar a mi alrededor, me di cuenta que el mundo en el que vivimos es una locura en sí y que el que tiene colgada del cuello la medalla de “premio al que siempre tiene razón” es en realidad un farsante que ha jugado bien sus cartas. El primer paso para salir del agujero es darte cuenta de que no eres una persona inservible, sino que en todos los casos siempre hay algo que puedes hacer, y quizá, ese motivo por el cual te apartan por ser diferente sea tu mayor virtud. En mi caso fue la afición por los ordenadores, heredada de mi padre. Como las personas no me aceptaban me refugié en las máquinas y, a partir de ahí, logré sacar tres títulos de Técnico Informático y conseguir un nivel alto de comprensión del inglés que me permitía aprender aún más.Los pisos tutelados son una gran herramienta al servicio de las personas en riesgo de exclusión, te enseñan a llevar una vida normal y a desarrollar tus funciones, e incluso, puede que te ayuden a buscar trabajo si muestras interés. Hay mucha gente que se rinde, prefieren pasar el resto de su vida delante de un televisor con una taza de café en la mano, pero yo no quería eso. Yo quería tener algo a lo que poder llamar “mío” y poder decir “esto lo he conseguido yo”. Tras años de hacer trabajillos sin contrato y de ser rechazado en todas las entrevistas de trabajo por no ser “un empleado normal”, en el piso me guiaron para entrar en la bolsa de empleo de Sinpromi. No fue inmediato, todo lleva su tiempo y el que la sigue la consigue. Estaba dispuesto a trabajar de lo que fuera, limpieza, hostelería, construcción... me horrorizaba verme a mi mismo con 30 años más y la taza de café antes mencionada..”

“El trabajo me aporta sustento, calidad de vida y sobre todo sentirme bien conmigo mismo. Nunca he llegado a pensar que no podría trabajar, todo lo contrario. Respecto al trato que se me ha dado en el terreno laboral considero que ha sido justo. Sobre la relación con mis compañeros me han hecho aprender. Sencilla-

mente, considero ser un trabajador más pero con el tiempo la persona adquiere una experiencia la cual puede ayudar.”

“somos capaces de tener una vida lo más normal posible. Podemos estudiar, trabajar y enamorarnos sin ningún problema. Todo es posible si lo deseas. La vida no es fácil para nadie. Pero siempre hay esperanza.”

“He pasado por muchos trabajos que me han sumado experiencias y he aprendió a defenderme. Ahora estoy comenzando un nuevo trabajo, de camarera de pisos en un hotel, dónde me han acogido con los brazos abiertos, me siento muy feliz y orgullosa de mí, de todo lo logrado”

“El trabajo es para mi una buena vida con los demás y sobre todo estar cómoda conmigo misma. Puedo equilibrar mi estado mental, ser positiva y estar dispuesta a enfrentarme con el mundo que me rodea. En los momentos en los que estoy sin trabajo mis días carecen de motivación.”

BARRERAS Y FACILITADORES

La investigación sobre la implementación de IPS es un campo emergente, La literatura existente ha identificado varias barreras contextuales, organizacionales e individuales para la implementación de IPS (Bonfils et al., 2017). Las barreras estructurales clave incluyen las regulaciones existentes para el seguro social y el empleo (Hasson et al., 2011), la escasa colaboración entre agencias (Hasson et al., 2011 ; Van Erp et al., 2007), la falta de apoyo al empleo, la recesión económica global (Rinaldi et al., 2010) y el conflicto entre las políticas nacionales de empleo y los esquemas locales de IPS (Bonfils et al., 2017).

Las barreras a nivel organizacional son numerosas e incluyen la falta de estándares organizacionales, financiamiento y apoyo inadecuados para programas vocacionales, falta de compromiso por parte de los gerentes de salud, prácticas de gestión deficientes, resistencia al cambio, actitudes negativas entre gerentes y médicos sobre la viabilidad del trabajo para personas con problemas mentales enfermedad, escepticismo sobre el encaje organizativo de IPS y dificultades relacionadas con la integración del servicio de IPS en los equipos locales de salud mental (Bergmarka et al., 2018 ; Bond et al., 2001 ; Bonfils et al., 2017 ; Hasson et al. , 2011 ; Van Erp et al., 2007). Otros estudios informaron sobre barreras adicionales como la escasa cooperación entre los especialistas en empleo y los equipos de salud mental (Corbière et al., 2010), el conocimiento limitado de IPS entre los médicos (Shafter et al., 1999), las actitudes negativas hacia el empleo entre las personas con enfermedades mentales (Crane-Ross et al., 2000), conocimiento limitado de los problemas de salud mental entre los especialistas en empleo (Handler et al.,2003) y la renuencia de los especialistas en empleo a colaborar con los médicos debido a sentimientos de intimidación (Handler

et al., 2003) y preocupaciones sobre el modelo médico que predomina sobre el enfoque vocacional para comprender los problemas de los pacientes (Drake et al., 2003).

Las barreras a nivel individual son el conocimiento limitado del empleo con apoyo entre los clientes y los miembros de la familia (Bond et al., 2001), preocupaciones sobre el impacto de IPS en los beneficios sociales (Hasson et al., 2011), temores de que la transición al trabajo tenga un impacto negativo. impacto en el individuo y una cultura de bajas expectativas (Rinaldi et al., 2010).

Los facilitadores clave de la implementación de IPS citados incluyen las habilidades profesionales y la dedicación de los trabajadores de IPS y la integración de IPS y servicios de salud mental (Bergmarka et al., 2018 ; Van Erp et al., 2007), el uso de una escala de fidelidad para guiar la implementación. y el empleo de profesionales calificados (Bonfils et al., 2017). Además, Becker y colegas (1998) identificaron cinco áreas que son críticas para la implementación exitosa de IPS: liderazgo, estructura organizacional, capacitación, finanzas y marco de tiempo.

Bonfils y colegas (2017) identificaron una falta de enfoque en las diferencias contextuales entre países en relación con los sistemas de salud, empleo, atención social y bienestar como una limitación importante de los estudios sobre la implementación de IPS (Bonfils et al., 2017). Sin embargo, estudios más recientes abordaron eso al centrarse en las diferencias contextuales (ver, por ejemplo, Metcalfe et al., 2018 ; Richter y Hoffman, 2019).

En este sentido, McAllen et al (2018) realizó un metanálisis mediante meta-regresiones de efectos mixtos para evaluar el impacto de los moderadores a nivel de sitio sobre la probabilidad de que los receptores de IPS, en comparación con los receptores de servicios profesionales alternativos, lograran un empleo competitivo. Los posibles moderadores incluyeron cambios en el producto interno bruto (PIB), tasas locales de desempleo y sindicalización, e índices que describen las regulaciones de protección del empleo, el nivel de compensación de los beneficios por discapacidad y los esfuerzos para integrar a las personas con discapacidades en la fuerza laboral. Los moderadores regulatorios representan facilitadores y barreras al empleo que pueden reforzar o restar valor a la efectividad de IPS. En 30 sitios extraídos de 21 ensayos controlados aleatorios en 12 países (33% en los Estados Unidos), los receptores de IPS tenían 2,31 (IC del 95%: 1,99 a 2,69) veces más probabilidades de encontrar un empleo competitivo que los receptores de servicios alternativos de rehabilitación vocacional. La ventaja significativa de la tasa de empleo competitivo de IPS sobre los servicios de control aumentó en presencia de una legislación de protección del empleo y esfuerzos de integración más débiles, y beneficios por discapacidad menos generosos. Los formuladores de políticas deben reconocer y tener en cuenta el hecho de que las regulaciones laborales y de discapacidad pueden crear un arreglo de incentivos que reduzca la eficacia relativa del empleo con apoyo.

La evaluación de la efectividad de la colocación individual y el apoyo en entornos de salud mental forense es un campo de investigación relativamente nuevo a pesar de la evidencia que demuestra su efectividad en entornos genéricos de salud mental. IPS se implementó en un entorno comunitario de salud mental forense dentro del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido durante 6 meses (Dúrcan et al. 2018). Utilizando el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación, este documento describe las lecciones aprendidas al implementar la colocación individual y el apoyo en dichos entornos.

Los hallazgos de los autores sugieren que la implementación de la colocación individual y el apoyo en entornos de salud mental forense es compleja y requiere una planificación y colaboración sólidas con agencias internas y externas. Las barreras para la implementación incluyeron las actitudes del personal, la dificultad para involucrar a los empleadores y la falta de indicadores de desempeño relacionados con el empleo, y los facilitadores incluyeron el apoyo de los gerentes de servicios y grupos externos. Se hicieron adaptaciones al modelo IPS para abordar los desafíos encontrados, incluida la dificultad para iniciar búsquedas rápidas de trabajo, preocupaciones sobre el estigma, falta de confianza, incertidumbre sobre las oportunidades de empleo, restricciones por delitos y falta de interés de los empleadores potenciales. Estos resultados se suma a la literatura limitada en el campo. Los hallazgos son relevantes para los profesionales y proveedores de servicios que desean implementar servicios de apoyo y colocación individual para personas con trastornos mentales e historial de delitos.

Así mismo, en los entornos comunitarios de salud mental forenses (Hadfield et al., 2020) se han identificado las barreras y los facilitadores para la implementación de un servicio de apoyo y colocación individual de alta fidelidad. Se realizaron entrevistas en profundidad con el personal clínico ($n = 11$), los pacientes ($n = 3$) y los empleadores ($n = 5$). Las barreras citadas incluyeron intereses en conflicto entre el apoyo al empleo y las terapias psicológicas, las percepciones de la preparación de los pacientes para el trabajo y las preocupaciones sobre el impacto de regresar al trabajo en los beneficios sociales. Los facilitadores de la implementación incluyeron una comunicación clara de los beneficios de la colocación y el apoyo individuales, la colaboración interdisciplinaria y las actitudes positivas hacia el apoyo ofrecido por el programa de colocación y apoyo individual entre las partes interesadas. Las infracciones, más que los antecedentes de salud mental, se consideraron un problema clave desde la perspectiva de los empleadores. Los empleadores consideraban que la divulgación de antecedentes penales o de salud mental era importante para desarrollar la confianza y evaluar su propia capacidad de ofrecer apoyo. Concluyeron que la implementación de la colocación individual y el apoyo en un entorno forense de salud mental comunitaria es compleja y requiere una planificación sólida. Los

estudios futuros deben abordar las barreras identificadas, y se necesitan adaptaciones al modelo de apoyo y ubicación individual para abordar las dificultades encontradas en los entornos forenses.

¿POR QUÉ UTILIZAR IPS?

Un trabajo adecuado es bueno para el bienestar: volver al empleo puede ser una parte vital de un viaje de recuperación. Las personas que padecen enfermedades mentales graves y encuentran un trabajo remunerado muestran menos síntomas, obtienen independencia económica y tienen una mejor calidad de vida. IPS funciona: en comparación con el soporte tradicional, se ha demostrado en numerosos estudios que IPS ayuda a más personas con enfermedades mentales graves a volver al trabajo más rápidamente. En promedio, las personas que reciben IPS mantienen sus trabajos por más tiempo, ganan más y pasan menos tiempo en el hospital. IPS le ayuda a conseguir un trabajo que satisfaga sus necesidades: los especialistas en empleo de IPS adaptan su apoyo a cada individuo para que los clientes tengan la mejor oportunidad de lograr sus aspiraciones laborales. Los especialistas IPS tienen un número reducido de casos, por lo que tienen tiempo para ofrecer un apoyo intensivo a los clientes.

FIDELIDAD Y RESULTADOS

La literatura empírica sobre el sostenimiento de las prácticas basadas en la evidencia es débil y fragmentada. Se hipotética factores que comúnmente influyen en el sostenimiento de estas iniciativas. Estos incluyen apoyo político, la estabilidad de la financiación, las asociaciones comunitarias, capacidad de organización, supervisión fidelidad, asistencia técnica, desarrollo de mano de obra y supervisión. Aunque muchos factores individuales tienen apoyo empírico modesta, resultados de la investigación han sido inconsistentes.

El control de la calidad de los servicios es crucial; sin mecanismos para garantizar la adhesión a las normas modelo, los programas pueden variar ampliamente en cómo se prestan los servicios. Por lo tanto, las escalas de fidelidad, que se definen como medidas que evalúan la adherencia a un modelo de programa, se han convertido en herramientas esenciales para la ejecución de los programas y el mantenimiento. Las estrategias para mantener y mejorar la calidad de los servicios incluyen el establecimiento de colaboraciones de aprendizaje y centros de asistencia técnica para proporcionar entrenamiento, materiales de recursos, monitoreo fidelidad, la consulta en el sitio, y otras fuentes de apoyo. A nivel de la agencia local, los esfuerzos de mejora de calidad, incluyendo la fidelidad y la vigilancia de los resultados, se aso-

cion con una mejor aplicación. La frecuencia y la calidad de la supervisión también afectan a la calidad de la ejecución y la sostenibilidad de los servicios. Otro factor, el desarrollo del personal, asegura que los profesionales tienen las habilidades para hacer la práctica. A nivel estatal, lo que garantiza un buen nivel de formación requiere métodos sistemáticos y en gran escala para la formación inicial y de refuerzo; formación en línea es uno de esos métodos.

En relación al IPS, en el reconocimiento de los muchos factores que influyen en la supervivencia a largo plazo de cualquier modelo de programa, una comunidad de aprendizaje integral fue desarrollado para sostener a IPS. A partir de 2001, el Centro de Investigación Psiquiátrica de Dartmouth y la Oficina de Johnson & Johnson de contribuciones corporativas se asociaron para desarrollar un programa integral para fortalecer las infraestructuras estatales y locales para promover el acceso a IPS en todo Estados Unidos. Después de comenzar como una pequeña demostración en tres estados, el programa se ha convertido en una red de 20 estados y tres países europeos conocidos como la comunidad de aprendizaje IPS.

Históricamente, el término “aprendizaje colaborativo” se ha utilizado para definir una red de organizaciones con un objetivo común de mejorar el tratamiento de una condición médica específica, facilitado por la comunicación regular (por ejemplo, reuniones, teleconferencias, y boletines) y recopilación y difusión de información objetiva acerca de los procedimientos y resultados, por lo general más de unos pocos meses. Algunas colaboraciones proporcionan capacitación y asistencia técnica y facilitar la investigación y la innovación. El grupo IPS adoptó el término “comunidad de aprendizaje” para significar su compromiso a largo plazo con la calidad y la expansión; el término se diferencia nuestro enfoque de aprendizaje colaborativos de mejoramiento de la calidad de tiempo limitado.

Fidelidad Las escalas de fidelidad se utilizan para monitorear el cumplimiento de las prácticas basadas en evidencia. El supuesto subyacente es que la alta fidelidad predice mejores resultados.

Una escala de fidelidad de 25 puntos mide la calidad del servicio IPS. Presumimos que la fidelidad, medida por el IPS-25, predeciría la tasa de empleo competitiva a nivel de programa. Jung Kim et al. (2015) evaluó mediante la escala de fidelidad IPS-25 en 79 programas IPS en 12 estados. La tasa de empleo competitiva trimestral se recopiló como parte de los esfuerzos de mejora de la calidad en la IPS Learning Community. Examinamos la correlación entre estas dos medidas. Resultó que cinco componentes del IPS-25, incluidos los generalistas vocacionales, el tamaño de la carga de casos y la búsqueda rápida de empleo, se implementaron con éxito en la mayoría de los programas de IPS, mientras que nueve componentes de fidelidad, incluidos los apoyos de tiempo ilimitado y el apoyo

de liderazgo de la agencia, se implementaron de manera menos amplia. Según la hipótesis, la puntuación total de IPS-25 se asoció significativamente con la tasa de empleo competitivo. El estudio demostró que los programas IPS que se adhieren a una buena fidelidad tienen más probabilidades de lograr mejores resultados de empleo competitivo que los sitios que tienen baja fidelidad. En relación al tamaño de la comunidad, Luciano et al (2014) examinó la variación en la adherencia al modelo en comunidades grandes y pequeñas. Comparamos las calificaciones a nivel de programa en una escala de fidelidad IPS estandarizada de 25 elementos (rango = 25-125) para 79 sitios en ocho estados clasificados por tamaño de la comunidad local. Los programas en comunidades grandes y pequeñas lograron puntajes de fidelidad comparables (media = 100 y 104, respectivamente). Las correlaciones fidelidad-resultado dentro de los dos grupos fueron ambas de tamaño moderado. Como guía práctica, la escala de fidelidad IPS es adecuada para su uso tanto en comunidades pequeñas como grandes.

La evidencia muestra que una mayor fidelidad está relacionada con mejores resultados, aunque el liderazgo del servicio y la capacidad del personal también son factores críticos. Los comisionados deben exigir revisiones externas de fidelidad (Jung Kim et al.,2015; Luciano et al.,2014; Bond et al. 2011;Becker et al. 2011).

Los líderes de equipo de IPS y los especialistas en empleo son roles no clínicos altamente calificados que requieren empatía, persistencia, optimismo y la capacidad de involucrar a los empleadores.

Resultados:

En relación a los *resultados laborales*, el IPS busca lograr resultados laborales remunerados, competitivos y sostenidos para personas con enfermedades mentales graves. El salario, las condiciones, la progresión y la formación son fundamentales. Los comisionados y los proveedores deben trabajar juntos para garantizar que estos estén en su lugar. Estos resultados han sido replicados (Bond et al. 2008; Burns et al. 2007; Cook et al.,2005; Crowther et al. 2000), Los estudios de seguimiento muestran que los participantes en el empleo con apoyo tienden a mantener o aumentar los resultados laborales durante cuatro a 12 años, a pesar de los hallazgos de que los participantes dependían menos de los servicios vocacionales con el tiempo (Lehman et al.,2004; Becker et al.,2006; Becker et al.,2007; Bond et al.,2005; McHugo et al.,2008; Salyers et al.,2004; Test et al.,1995). De un tercio a las tres cuartas partes de los participantes en el empleo con apoyo se convirtieron en trabajadores estables durante estos intervalos más largos (Becker et al.,2006,Salyers et al.,2004). En la siguiente figura 2 puede verse los resultados obtenidos por la estrategia IPS recogidos por Bond (2018).

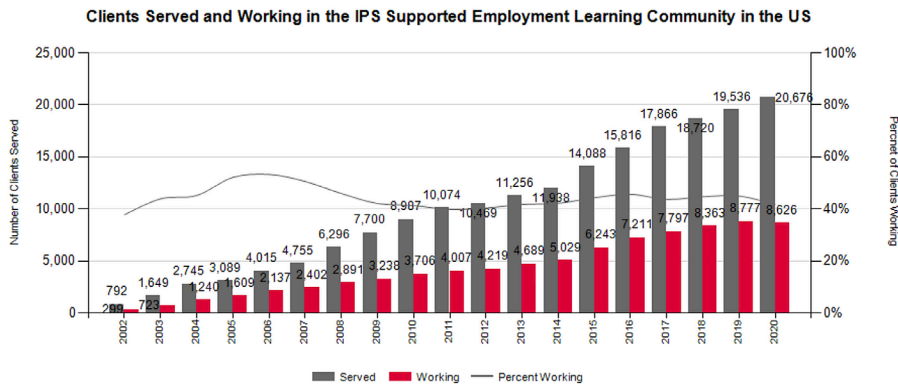
FIGURA 2

Sources: IPS Employment Center, June 19, 2018.
The Rockville Institute. Westat.

11:35 Sábado 13 de febrero

76 %

< Previous



Data points represent annual averages for four quarterly reporting periods. Current year data represent an average of reporting periods that have occurred to date.

Frederick et al (2020) realizaron un análisis metaanalíticos de los ensayos controlados aleatorios de IPS. Encontramos que los sujetos en IPS, en comparación con las condiciones de tratamiento habituales, tenían mejores resultados vocacionales; obtenían cualquier empleo competitivo; permanencia en el trabajo: una duración del trabajo mayor y mejores ingresos, Estos resultados se replican en numerosos estudios y en entornos locales, como fue en el caso de la investigación que desarrollamos hace unos años en Tenerife (Rodríguez Pulido et al).

Los resultados del IPS en relación a los *resultados no vocacionales* son más débiles por la complejidad de su análisis y metodologías. La única certeza es que preocupaciones entre los médicos sobre los posibles efectos perjudiciales del trabajo y el empleo con apoyo se han perdido fuerza a la luz de las evidencias. Esto derrumba una creencia sostenida y generalizada en los ámbitos clínicos y que quizás sea válida para aquellos usuarios que no desean trabajar ni emplearse dentro del grupo de las personas con TMG. Las ventajas en este ámbito son más controvertidas, y hasta ahora, no todos los estudios realizados han tomado estos aspectos como punto central de investigación. Nuestro grupo (Rodríguez Pulido et al., 2007) realizó una revisión de los estudios de resultados no vocacionales IPS concluyendo que la calidad de los mismos es muy débil.

En cambio Frederick et al. (2019) en relación a los resultados no vocacionales, en relación a la calidad de vidas, funcionamiento global, y salud mental favorece una posible mejora con el logro del empleo mediante el IPS. Así mismo, Luciano, Bond y Drake, (2014) comprobaron que el empleo competitivo tiene un impacto positivo en la autoestima, la satisfacción con la vida y la reducción de los síntomas. Estos autores examinaron si el IPS cambiaba el curso y el resultado en la esquizofrenia, Un total de 12 análisis que representan ocho cohortes, o 6844 participantes, compararon el curso de la enfermedad a lo largo del tiempo por situación laboral en muestras mayoritarias del espectro de la esquizofrenia. El empleo se asoció sistemáticamente con reducciones en el tratamiento psiquiátrico ambulatorio (2 de 2 estudios) así como con una mejor autoestima (2 de 2 estudios). El empleo se asoció de manera inconsistente con resultados positivos en varias otras áreas, incluida la gravedad de los síntomas, la hospitalización psiquiátrica, la satisfacción con la vida y el bienestar global. El empleo no guardaba relación constante con el empeoramiento de los resultados.

En este sentido, Burns et al., 2009 en un ensayo controlado aleatorio de IPS en 6 centros europeos fueron seguidos durante 18 meses (n = 312) No hubo diferencias en el funcionamiento clínico y social entre IPS y pacientes control a los 18 meses. Los que trabajaron tuvieron un mejor funcionamiento global, menos síntomas y menos discapacidad social en el seguimiento final; una mayor permanencia en el trabajo se asoció con un mejor funcionamiento. El trabajo se asoció con un funcionamiento clínico y social mejor al mismo tiempo, pero este contraste fue más fuerte en el grupo de control, lo que sugiere que IPS fue mejor que el servicio de control para ayudar a más pacientes enfermos a trabajar. Trabajar se asoció con haber estado en remisión y fuera del hospital durante los 6 meses anteriores. También se asoció con una ligera disminución de la depresión y con estar en remisión durante los siguientes 6 meses. Se concluye que aunque algunas de las asociaciones encontradas pueden haber sido efectos de selección, existe suficiente evidencia de que el trabajo tiene efectos beneficiosos sobre el funcionamiento clínico y social para merecer una mayor exploración.

En una revisión realizada por nosotros Rodríguez Pulido et al., 2017 de los estudios sobre la estrategia IPS en donde se analiza su calidad en relación a los resultados vocacionales y no vocacionales, y se consultó diferentes bases de datos desde 1998 hasta diciembre de 2015 y se revisaron un total de 1148 referencias, de las que se seleccionaron 81 y se incluyeron 42: 23 ensayos clínicos aleatorizados, 11 revisiones sistemáticas y ocho estudios comparativos. Se estudio la calidad metodológica de cada uno de estos estudios mediante las escalas Jadad, Oxman y Estabrooks. En los ensayos clínicos aleatorizados se obtuvo para todos los estudios un puntuación media de 2.12 (dt=0.70), en las revisiones sistemáticas se alcanzó una puntuación

media de 8.18 ($dt=1.89$) y para los estudios comparativos se alcanzó una puntuación media de 18.13 ($dt=3.80$). En general, los estudios revisados sobre la estrategia IPS son de una calidad moderada en relación a los resultados vocacionales y muy débil en relación a los resultados no.vocacionales.

LOS DESAFÍOS DEL DESARROLLO IPS

Hodge et al (2016) al revisar la literatura empírica para estudios que evalúan factores que facilitan y crean barreras para la implementación sostenida de programas en comunidades desfavorecidas, describió la metodología del estudio y los resultados de sostenimiento y propone un modelo conceptual que involucra el apoyo de sostenimiento de implementación para proveedores que brindan servicios de salud y familiares basados en evidencia en comunidades desfavorecidas.

Sostenía, que la implementación sostenida del programa en el entorno comunitario es un problema importante, ya que solo el 43% de los estudios informaron programas sostenidos con éxito. La revisión identificó 18 factores que facilitan el éxito y crean barreras para el sostenimiento del programa. Los factores se sintetizan en tres temas; características del programa, capacidad del lugar de trabajo y factores de proceso e interacción. La mayoría de los factores se corresponden con las influencias de sostenibilidad comúnmente citadas en la ciencia de la implementación. Sin embargo, hubo un enfoque adicional para los estudios incluidos en esta revisión sobre la importancia de factores como la carga del programa, la familiaridad del programa y la competencia percibida en las habilidades del programa, el apoyo en el lugar de trabajo para el programa, la movilidad y rotación del personal, la supervisión y el apoyo de pares, y asistencia técnica. Se destaca la necesidad de utilizar un marco conceptual y desarrollar medidas para guiar y evaluar el desarrollo de capacidades en la implementación y el sostenimiento den entornos comunitarios de bajos recursos.

En este sentido Becker et al. al (2008) al revisar la investigación desarrollada hasta entonces sobre los intentos innovadores de mejorar la difusión y la eficacia del empleo con apoyo, investiga los dominios: (1) organización y financiamiento de servicios, (2) políticas de discapacidad, (3) implementación y calidad del programa, (4) motivación, (5) desarrollo laboral, (6) barreras relacionadas con enfermedades, (7) apoyos laborales, (8) desarrollo profesional y (9) nuevas poblaciones. El trabajo en cada una de estas áreas ha ofrecido la realidad de mejorar los servicios y los resultados en este tiempo, y aún todos estos dominios no han avanzado de igual manera,

Las iniciativas a gran escala para expandir las prácticas basadas en evidencia a menudo se implementan de manera deficiente y rara vez perduran. El estudio de Noel et al (2017) tuvo como propósito identificar las barreras percibidas y los facilitadores para el sostenimiento de un programa de empleo con apoyo Colocación y

Apoyo Individual (IPS) basado en evidencia. Dentro de un estudio prospectivo de seguimiento de 2 años entre 129 programas de IPS en 13 estados que participan en una comunidad de aprendizaje nacional, entrevistaron a líderes de equipos de IPS y codificamos sus respuestas a entrevistas semiestructuradas utilizando un marco conceptual adaptado de otro estudio de implementación a gran escala. Los líderes de 122 agencias (95%) que apoyaron sus programas de IPS identificaron el financiamiento, la priorización y las características de la fuerza laboral como facilitadores y barreras clave. Otros factores clave fueron la falta de apoyo de la comunidad local como barrera y liderazgo y flujo de trabajo estructurado como facilitadores. Dentro de la comunidad de aprendizaje de IPS, los líderes de equipo atribuyeron el mantenimiento de su programa a la financiación, la priorización, la fuerza laboral, el liderazgo de la agencia y el flujo de trabajo estructurado. Las acciones del liderazgo de la comunidad de aprendizaje, los gobiernos estatales y los programas locales en conjunto pueden haber contribuido a la alta tasa de sostenimiento.

Años después, Mueser et al.(2014) relata que desafíos comunes están relacionados con problemas como la falta de acceso a la asistencia técnica, problemas del sistema, creencias y actitudes negativas de los proveedores, restricciones de financiamiento y liderazgo deficiente. Estos desafíos se pueden superar aprovechando la experiencia en el empleo respaldado por IPS, incluidos modelos estandarizados y probados de capacitación y consulta. Se reconoce que se están realizando esfuerzos (Mueser et al., 2014) para aumentar la eficiencia de los métodos de capacitación para el empleo con apoyo y el programa en general, y para mejorar su efectividad para aquellos usuarios que no se benefician

Es fundamental reducir la discriminación en el lugar de trabajo, ya que esto puede determinar si el empleo tiene efectos positivos en términos de autoestigma y estrés entre las personas con enfermedades mentales (Rüsch et al., 2014). Por tanto, es necesario implementar intervenciones para reducir la discriminación en el trabajo y mejorar los recursos de las personas con esquizofrenia para incrementar los efectos positivos del empleo (Rüsch et al., 2014). También es necesario identificar las habilidades y actitudes del personal de salud y las barreras organizativas y del sistema de salud también son necesarias (Mueser, Drake, & Bond, 2016). Se han publicado investigaciones alentadoras sobre las modificaciones del modelo IPS (como la inclusión de educación con apoyo), los aumentos (como la remediación cognitiva) y las adaptaciones para poblaciones desatendidas (como las personas involucradas en la justicia penal)

Claramente la administración se ahorra dinero cuando los beneficiarios regresan al trabajo, el impacto a largo plazo del empleo en los costos de salud mental no ha sido claro, en parte porque la mayoría de los estudios siguen a las personas solo por una o dos años mientras entran y salen de sus trabajos iniciales y aprenden a convertirse en trabajadores estables. Sin embargo, el impacto a largo plazo en los

costos de salud mental es el tema crítico de preocupación para las autoridades de salud mental, porque deben anticipar los costos posteriores para fines de planificación. En este sentido, Busch et al, (2009) en el primer estudio de diez años de los costos generales de salud mental entre clientes con enfermedades mentales graves en relación con el empleo, sus resultados sugieren que los ahorros de costos son altos para el sistema de salud mental para los usuarios de servicios, ya que se acumulan rápidamente después del primer año y continúan aumentando durante muchos años. La reducción de costos de diez años parece ser relevante, ciertamente lo suficiente como para justificar la oferta de empleo con apoyo a todas las personas que utilizan estos servicios y expresan interés en trabajar.

La realidad virtual, su uso para la empleabilidad es un nuevo desafío para IPS.. Aunque IPS tiene un gran éxito, más del 40% de los adultos con TMG siguen desempleados. Una mejora de IPS de alta fidelidad podría ser un componente de capacitación en entrevistas de trabajo basado en evidencia. Para satisfacer esta necesidad de capacitación, Smith et al., (2019) completó recientemente una serie de ensayos de eficacia controlados aleatorios financiados por el Instituto Nacional de Salud Mental para desarrollar y probar la capacitación en entrevistas de trabajo de realidad virtual (VR-JIT) en un entorno de laboratorio. Los resultados demostraron que la intervención fue eficaz para ayudar a los aprendices a mejorar sus habilidades para las entrevistas de trabajo y recibir ofertas de trabajo dentro de los seis meses posteriores a completar el VR-JIT en comparación con los no aprendices.

CONCLUSIONES

El empleo es parte de su recuperación. La mayoría de las personas con trastornos mentales graves quieren trabajar. Los estudios indican que aproximadamente 2 de cada 3 personas con trastornos mentales graves están interesadas en un empleo competitivo, pero solo 1 de cada 10 está empleado actualmente. Las autoridades sanitarias de salud mental deben hacer del empleo una prioridad máxima en sus planes estatales de salud mental. El empleo con apoyo basado en evidencia es efectivo.

Como práctica basada en la evidencia, el empleo con apoyo es casi tres veces más efectivo que otros enfoques vocacionales para ayudar a las personas con enfermedades mentales a trabajar de manera competitiva. La colaboración entre la salud mental y la rehabilitación vocacional es una estrategia de implementación eficaz. Las autoridades sanitarias de salud mental y los líderes estatales de rehabilitación vocacional deben promover la difusión del empleo con apoyo basado en evidencia. El empleo con apoyo tiene un impacto positivo a largo plazo.

Las personas que obtienen un empleo competitivo a través de los servicios de empleo con apoyo han aumentado sus ingresos, han mejorado su autoestima, han

mejorado su calidad de vida, han reducido los síntomas y han reducido su uso de la salud mental. Siguen empleando competitivamente durante años. Los líderes sanitarios de salud mental y rehabilitación vocacional deben reconocer los a largo plazo del empleo con apoyo e invertir los recursos en consecuencia.

Las personas con problemas de salud mental graves que encuentran un empleo remunerado muestran menos síntomas, menor hospitalizaciones o días de hospitalización. una mejor calidad de vida e independencia financiera.

IPS es una intervención rentable, con mejores resultados y con costos iguales o incluso más bajos que los servicios tradicionales de apoyo vocacional El ahorro de costes para la administración al incorporase los usuarios al empleo es significativo y se incrementa cada año de empleabilidad logrado.

BIBLIOGRAFÍA

- Abigail C. Wright, Kim T. Mueser, et al. Greenwood. Cognitive and metacognitive factors predict engagement in employment in individuals with first episode psychosis. *Schizophrenia Research: Cognition* ;2020;19:..https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.100141
- Anthony, W. A. Supported employment in the context of psychiatric rehabilitation [Editorial]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008; 31(4), 271–272. https://doi.org/10.2975/31.4.2008.271.272.
- Baller J, Blyler C, Bronnikov S et al. Long-Term Follow-Up of a Randomized Trial of Supported Employment for SSDI Beneficiaries With Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2020;71:243-9. DOI: 10.1176/appi.ps.201800554.
- Becker DR, Drake RE. A working life: the individual placement and support (IPS) program: Concord NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. 1993.
- Becker DR, Lynde D, Swanson SJ. The future of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. Primavera de 2008; 31 (4): 296-9. doi: 10.2975 / 31.4.2008.296.299. PMID: 18407878.
- Becker DR, Whitley R, Bailey EL, et al: Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 2007 58:922–928.
- Becker DR, Xie H, McHugo GJ, et al: What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 2006; 42:303–318.
- Becker, D. R., Drake, R. E., Bond, G. R., Xie, H., Dain, B. J., & Harrison, K. Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*, 1998; 34(1), 71–82.
- Becker, D., Drake, R., Farabaugh, A., & Bond, G.. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 1996; 47, 1223-1226.
- Becker, D.R., Swanson, S., Bond, G.R., & Merrens, M.R.. Evidence-based Becker, D.R., Swanson, S., Bond, G.R., & Merrens, M.R. 2011. Evidence-based supported employment fidelity review manual (2nd. Ed.). 2011. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center..
- Bejerholm, U, Areberg, C, Hofgren, C, et al. (2015) Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 69(1): 57–66.
- Bergmark M, Bejerholm U and Markström U. Critical components in implementing evidence-based practice: A multiple case study of individual placement and support for people with psychiatric disabilities. *Social Policy and Administration*, 2018; 53(3): 790–808.
- Bond G, Becker, DR, Drake, RE, Vogler, KM. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* June 1997, Vol 40;4:2:265-284.
- Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, et al: Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 1995; 40:91–111, 1995.

- Bond GR, Drake RE and Becker DR. An update on individual placement and support. *World Psychiatry*, 2020 19, 390–391.
- Bond GR, Drake RE, Becker DR: An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008; 31:280–289.
- Bond, G. R., Becker, D. R., & Drake, R. E. Measurement of Fidelity of Implementation of Evidence-Based Practices: Case Example of the IPS Fidelity Scale.. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2011;18(2), 126-141. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01244.x
- Bonfils IS, Hansen H, Dalum HS, et al. Implementation of the individual placement and support approach – Facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 2017; 19(4): 318–333.
- Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M et al. A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of Individual Placement and Support. *Acta Psychiatrica Scand* 2020;141:206-20. DOI: 10.1111/acps.13129
- Burns T, Catty J, Becker T, et al: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2007, 370:1146–1152.
- Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, Wiersma D, Lauber C; EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull*. 2009 Sep;35(5):949-58. doi: 10.1093/schbul/sbn024.
- Burns, T., & Catty, J.. IPS in Europe: The EQOLISE trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008;31(4), 313–317. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.313.317>.
- Burns, T.; Catty, J.; White, S. et al. EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull*. 2009 Sep;35(5):949-58. doi: 10.1093/schbul/sbn024. Epub 2008 Apr 9. DOI: 10.1093/schbul/sbn024.
- Bush P, Drake RE, Xie H, McHugo GJ and Haslett W. The long-term impact of employment on mental health service use and costs. *Psychiatric Services*, 2009; 60, 1024–1031.
- Carina Teixeira, E Sally Rogers, Zlatka Russinova, Emily M Lord. Defining Employment Specialist Competencies: Results of a Participatory Research Study. *Community Ment Health J*. 2020 Apr;56(3):440-447. doi: 10.1007/s10597-019-00497-3.
- Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Feb 16;12:357-73. doi: 10.2147/NDT.S96649. PMID: 26937191; PMCID: PMC4762470.
- Christensen TN, Wallstrøm IG, Stenager E, et al. Effects of Individual Placement and Support Supplemented With Cognitive Remediation and Work-Focused Social Skills Training for People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial [published correction appears in *JAMA Psychiatry*. 2019 Oct 16;]. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(12):1232-1240. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2291

- Cloutier M, Aigbogun MS, Guerin A, et al. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2013. *J Clin Psychiatry*. 2016 Jun;77(6):764-71. doi: 10.4088/JCP.15m10278. PMID: 27135986.
- Cook JA, Leff HS, Blyler CR, et al: Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*,2005; 62:505–512.
- Corbiere M, Lancto[^]t N, Lecomte T, et al. A Pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders. *Community Mental Health Journal*,2010; 46(1): 44–55.
- Corbière,M; Brouwers,E; Lanctôt,N. Employment specialist competencies for supported employment programs. *J Occup Rehabil*. 2014 Sep;24(3):484-97. doi: 10.1007/s10926-013-9482-5.PMID: 24114382.
- Crane-Ross D, Roth D and Lauber BG. Consumers' and case managers' perceptions of mental health and communi- ty support service needs. *Community Mental Health Journal*,2000 36: 161–178.
- Crowther R, Marshall M, Bond GR, et al: Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders: Cochran Review; in Cochran Library, Issue 1. Oxford, England, Update Software, 2000.
- Crowther R.Marshall, M. Bond, G & Huxley, P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001. CD003080
- de Pierrefeu I, Corbière M, Pachoud B.Vocational Counselors in France: Comparison to Competencies of Employment Specialists Working in Canadian IPS Programs *Community Ment Health J*. Octubre de 2017; 53 (7): 871-877. doi: 10.1007 / s10597-017-0109-8. Epub 2017
- Drake ,RE; Bond ,G; Goldman , H;et al.Services Boost Employment For People With Serious Mental Illnesses, But Funding Is Lacking.*Health Aff (Millwood)*. 2016 Jun 1;35(6):1098-105. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0001.
- Drake R E Whitley R. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*,2014; 59(5): 236-242.
- Drake RE (editor) Special issue: international implementation of individual placement and support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2020; 43, 1–82.
- Drake RE, Becker DR, Bond GR, et al. A process analysis of integrated and non-integrated approaches to sup- ported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*,2003 18: 51–58.
- Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual Placement and Support: an evidence-based approach to supported employment*. New York: Oxford University Press, 2012.
- Drake RE, Bond GR, Goldman HH et al. Mental Health Disability: An International Perspective. *Journal of Disability Policy Studies* 2016;35:1098-10.<https://doi.org/10.1177/1044207311427403>
- Drake RE. Michael A Wallach. Employment is a critical mental health intervention.*Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Nov 5;29:e178. doi: 10.1017/S2045796020000906.
- Durcan,G.; Allan, J.; Hamilton,I. From prison to work:A new frontier for Individual Placement and Support.Published June 2018.
- Emily Talbot, Yvonne Bird, Jo Russell, .Implementation of individual placement and support (IPS) into community forensic mental health settings: Lessons learned.

- British Journal of Occupational Therapy 2018, Vol. 81(6) 338–347. <https://doi.org/10.1177/0308022618756593>
- Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLoS One* 2019;14:DOI: 10.1371/journal.pone.0212208.
- Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support.. *PLoS One*. 2019 Feb 20;14(2):. doi: 10.1371/journal.pone.0212208.
- Graham Durcan, Jonathan Allan and Ian S. Hamilton From prison to work:A new frontier for Individual Placement and Support. Published June 2018
- Handler J, Doel K, Henry A, et al. (2003) Rehab rounds: Implementing supported employment services in a real- world setting. *Psychiatric Services*,2003; 54: 960–962.
- Harris, A. W., Kasic, T., Xu, J., Walker, C., Gye, W., & Redoblado Hodge, A.. Web- based cognitive remediation improves Supported Employment Outcomes in severe mental illness: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 2017; 4(3), e30. doi: 10.2196/mental.6982
- Harrison, J.; Krieger, M.; Johnson., H. Review of Individual Placement and Support Employment Intervention for Persons with Substance Use Disorder. *Subst Use Misuse* 2020;55(4):636–643. doi: 10.1080/10826084.2019.1692035. Epub 2019 Nov 29.PMID: 31782349 DOI: 10.1080/10826084.2019.1692035.
- Hasson H, Andersson M and Bejerholm U. Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management*,2011 25(3): 332–345.
- Hodge LM, Turner KM. Sustained Implementation of Evidence-based Programs in Disadvantaged Communities: A Conceptual Framework of Supporting Factors. *Am J Community Psychol*. 2016 Sep;58(1-2):192-210. doi: 10.1002/ajcp.12082. Epub 2016 Sep 14.PMID: 27624514 Review
- Hoffman, H, Jäckel, D, Glauser, S, et al. (2012) A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125: 157–167.
- INE. Informe Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD). España. Diciembre 2018.
- Abdel-Baki A, Letourneau G, Morin Cet al. . Resumption of work or studies after first-episode psychosis: the impact of vocational case management. *Early Intervention in Psychiatry* 2013;7: 391–398.
- Kilian, R.; Lauber, C; Kalkan, R. et al. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Sep;47(9):1381-9. doi: 10.1007/s00127-011-0451-z.
- Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Kilian R, Lauber C, Rossler W, Tomov T, van Busschbach J, Cornas-Herrera A, White S, Wiersma D and Burns T (2013) Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 12, 60–68.
- Knapp M, Wong G, Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*,2020; 19, 3–14.
- Knapp, M; Wong,G.Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry* 2020;19:3–14: 10 January 2020 <https://doi.org/10.1002/wps.20692>

- Koatz, D., Hilarión, P., Bonet, P., & Suñol, R. Integrated care for mental health social inclusion through job placement: Implementing IPS in Spain. *International Journal of Integrated Care*, 2016; 16(6), 1-8. doi: 10.5334/ijic.2755.
- Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan R, et al: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004;30:193–217.
- Luciano ,A; Bond, GR; Drake,RE.. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research *Schizophr Res* 2014 Nov;159(2-3):312-21. doi: 10.1016/j.schres.2014.09.010. Epub 2014 Sep 30.
- Luciano, A., Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R.. Is high fidelity to supported employment equally attainable in small and large communities? *Community Mental Health Journal*, 2014;50(1), 46–50. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9687-2>.
- Magura,S; Marshall, T. The Effectiveness of Interventions Intended to Improve Employment Outcomes for Persons with Substance Use Disorder: An Updated Systematic Review. *Subst Use Misuse*. 2020;55(13):2230-2236. doi: 10.1080/10826084.2020.1797810. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32781876 DOI: 10.1080/10826084.2020.1797810
- Martin Felipe Vázquez-Estupiñán, Sol Durand-Arias, Claudia Iveth Astudillo-García, Eduardo Ángel Madrigal de León. Effectiveness of augmented Individual Placement and Support interventions for competitive employment in people with schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. 2018; Vol 41: 4. DOI: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.027>
- Martin Knapp, Anita Patel, Claire Curran, Eric Latimer, Jocelyn Catty, Thomas Becker, Robert E Drake, Angelo Fioritti, Reinhold Kilian, Christoph Lauber, Wulf Rössler, Toma Tomov, Joeske van Busschbach, Adelina Comas-Herrera, Sarah White, Durk Wiersma, Tom Burns. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):60-8. PMID: 23471803 PMID: PMC3619176 DOI: 10.1002/wps.20017.
- Matthew J Smith, Justin D Smith, Michael F Fleming, Neil Jordan, Eugene A Oulvey, Morris D Bell , Kim T Mueser, Susan R McGurk, E-Shawn Spencer, Kimberly Mailley, Lisa A Razzano. Enhancing individual placement and support (IPS) - Supported employment: A Type 1 hybrid design randomized controlled trial to evaluate virtual reality job interview training among adults with severe mental illness. *Contemp Clin Trials*. 2019 Feb;77:86-97. doi: 10.1016/j.cct.2018.12.008.
- Matthew J. Smith, Justin D. Smith, , and Lisa Razzano. Enhancing Individual Placement and Support (IPS) - Supported Employment: A Type 1 Hybrid Design Randomized Controlled Trial to Evaluate Virtual Reality Job Interview Training among Adults with Severe Mental Illness. *Contemp Clin Trials*. 2019 February ; 77: 86–97. doi:10.1016/j.cct.2018.12.008..
- McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2000;45(3):175-184. doi:10.1016/S0920-9964(99)00198-X.
- McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(3):437-441. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.437.

- McGurk SR, Mueser KT, Xie H, et al. Cognitive enhancement treatment for people with mental illness who do not respond to supported employment: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2015;172(9):852-861. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14030374]
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., & Pascaris, A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 2005;31(4), 898-909. doi: 10.1093/schbul/sbi037.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Covell, N. H., Cicerone, K. D., Drake, R. E., Silverstein, S. M.,...Essock, S. M.. Mental health system funding of cognitive enhancement interventions for schizophrenia: Summary and update of the New York Office of Mental Health Expert Panel and Stakeholder Meeting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2013;36(3): 133-145. doi: 10.1037/prj0000020..
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., DeRosa, T. J., & Wolfe, R. (2009). Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 2009; 35(2):319-335. doi: 10.1093/schbul/sbn182.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Xie, H., Welsh, J., Kaiser, S., Drake, R. E.,... McHugo, G. J.. Cognitive enhancement treatment for people with mental illness who do not respond to Supported Employment: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 2015;172(9):852-861. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14030374.
- McHugo GJ, Drake RE, Becker DR: The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal*,1998; 22:55–61.
- Metcalfe JD, Drake RE and Bond GR Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2018;44(1): 22–31.
- Michon, H, van Busschbach, JT, Stant, AD, et al. (2014) Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(2): 129–136.
- Modini M, Joyce S, Mykletun A et al. *Australas Psychiatry* 2016;24:331-6. DOI: 10.1177/1039856215618523
- Mueser KT, Drake RE, Bond G. Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 May;29(3):196-201. doi: 10.1097/YCO.0000000000000247.
- Mueser KT, McGurk SR. Supported employment for persons with serious mental illness: current status and future directions. *Encephale*, 2014 Jun;40 Suppl 2:S45-56. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.008. Epub 2014 Jun 11.
- Najat Khalifa Sarah Hadfield, Louise Thomson, et al. Barriers and facilitators to the implementation of individual placement and support (IPS) for patients with offending histories in the community: The United Kingdom experience. *British Journal of Occupational Therapy* 2020, Vol. 83(3) 179–190. <https://doi.org/10.1177/0308022619879334>.
- NICE guidance for psychosis and schizophrenia in adults – Quality statement 5 (Feb 2015).

- Noel VA, Bond GR, Drake RE, Becker DR, McHugo GJ, Swanson SJ, Luciano AE, Greene MA. Barriers and Facilitators to Sustainment of an Evidence-Based Supported Employment Program. *Adm Policy Ment Health*. 2017 May;44(3):331-338. doi: 10.1007/s10488-016-0778-6.PMID: 27891567.
- Percudani M, Barbui C and Tansella M (2004) The effect of second-generation antipsychotics on employment and productivity in individuals with schizophrenia: an economic perspective. *Pharmacoeconomics* 22, 701–718.
- Richter D and Hoffman H. Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: Systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2019;54(5): 525–531.
- Rinaldi M, Miller L and Perkins R (2010) Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 2010;22(2): 163–172.
- Rodríguez Pulido F. Tallo Aldana E. Tost Pardell L. et al. Título: Eficacia y Efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental por trastorno mental grave y persistente. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias SESCS Num.2007/12. Plan de Calidad del SNS. ISBN 978-84-692-4448-6. Fecha: 2010.Editorial: Ministerio de Sanidad y Política Social Lugar de publicación: Madrid. REVISIÓN SISTEMÁTICA.*https://sid.usal.es/idocs/F8FDO25901/2007_12.pdf
- Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastornos mentales graves. *Red de Redes. Fundación Salud y Sanidad, Cabildo Insular. Tenerife.2011.*
- Rodríguez Pulido, F. Caballero Estebanz, N Ramos Perez, D. Studies on the Individual Placement and Support (IPS) strategy in getting ordinary employment for people with severe mental illness. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 145-168 doi: 10.4321/S0211-57352017000100009
- Rodríguez Pulido F. Caballero Estebanz N. Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gac Sanit.* 2018 Nov - Dec; 32(6):513-518. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.05.007. Epub 2017 Jul 13. Spanish.
- Rodríguez Pulido, F; Caballero Estebanz, N; González Dávila, E et al: Cognitive remediation to improve the vocational outcomes of people with severe mental illness, *Neuropsychol Rehabil.* 2019 Nov 22:1-23. DOI: 10.1080/09602011.2019.1692671.
- Rusch, N., Nordt, C., Kawohl, W., Brantschen, E., Bartsch, B., Muller, M., . . . Rossler, W. Work-related discrimination and change in self-stigma among people with mental illness during supported employment. *Psychiatr Serv*, 2014;65(12), 1496-1498. doi: 10.1176/appi.ps.201400073
- Salyers MP, Becker DR, Drake RE, et al: Ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric Services*, 2004;55:302–308.
- Sartory, G., Zorn, C., Groetzinger, G., & Windgassen, K. Computerized cognitive remediation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2005;75:219-223.
- Sato, S., Iwata, K., Furukawa, S., Matsuda, Y., Hatsuse, N., & Ikebuchi, E. (2014). The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Ja-

- pan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2014;10:8-27. doi: 10.2174/1745017901410010018
- Shafer MS, Pardee R and Stewart M. An assessment of the training needs of rehabilitation and community mental health workers in a six-state region. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1999; 23: 161–170.
- Sunny Jung Kim*, Gary R. Bond, Deborah R. Becker, Sarah J. Swanson and Sandra Langfitt-Reese Predictive validity of the Individual Placement and Support fidelity scale (IPS-25): A replication study. *Journal of Vocational Rehabilitation* 43 (2015) 209–216 DOI:10.3233/JVR-150770 .Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, NH, USA
- Sunol Sala, R., Koatz, D., Bonet i Dalmau, P., & Hilarion Madariaga.. Mental health social inclusion through job placement: Implementing IPS in Spain. *International Journal for Quality in Health Care*, 2017;29, 60-60. doi: 10.1093/intqhc/mzx125.97
- Swanson, S.J., & Becker, D.R.. *IPS supported employment: A practical guide*. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center.2013.
- Test MA, Allness DJ, Knoedler WH: Impact of seven years of assertive community treatment. Presented at the American Psychiatric Association Institute on Psychiatric Services, 1995;Boston, Oct 6–10.
- Tsang HWH, Fung KMT, Leung AY, Li SMY, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(1):49-58. doi:10.3109/00048670903393613?.
- Tsang HWH, Leung AY, Chung RCK, Bell M, Cheung WM. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(6):495-504. doi:10.3109/00048671003785716.
- Tsang, H. W. Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001;189; 90-98.
- Tsang, H. W. H. Augmenting vocational outcomes of supported employment by social skills training. *Journal of Rehabilitation*, 69(3), 25-30. Tsang, H. W. H., & Pearson, V. (2001). A work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*, 2003;27:139-148.
- Tsang, H. W. H., & Pearson, V. A conceptual framework on work-related social skills for psychiatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 1996; 62(3):61-67.
- Tsang, H. W. H., Bell, M. D., Cheung, V., Tam, K. L., & Yeung, W. S.. Integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia. *Hong Kong Med Journal*, 2016;22:15-18
- Tsang, H. W., Chan, A., Wong, A., & Liberman, R. P. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2009; 40:292-305.
- Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:515.

- Twamley, E. Vella, L. Burton, C et al. Compensatory Cognitive Training for Psychosis: Effects in a Randomized Controlled Trial, *J Clin Psychiatry*. 2012 September; 73(9): 1212–1219. doi:10.4088/JCP.12m07686.
- Van Erp NHJ, Giesen F, Van Weeghel J, et al. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 2007; 58(11): 1421–1426.
- Wander, C; PharmD, BCPS. Schizophrenia: Opportunities to Improve Outcomes and Reduce Economic Burden Through Managed Care Supplements and Featured Publications, *A Managed Care Review of Schizophrenia: Evaluating Unmet Medical Needs, New Treatments, and Health Economics*, 2020, Volume 26, Issue 3
- Wykes, T., Huddy, V, Cellard, C., McGurk, S., & Czobor, P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 2011;168(5): 472-485.
- Zhang, G. F., Tsui, C. M., Lu, A. J. B., Yu, L. B., Tsang, H. W. H., & Li, D. Integrated Supported Employment for people with schizophrenia in Mainland China: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 2017;71(6), 7106165020p1-7106165020p8. doi: 10.5014/ajot.2017.024802.

II.I.II El empleo ordinario y sus resultados no vocacionales

DÁCIL ORAMAS PÉREZ, FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO Y NAYRA CABALLERO ESTEBARANZ

I.- INTRODUCCIÓN

El acceso al empleo ordinario competitivo de las personas con TMG ha demostrado ser un hito fundamental en el proceso de su recuperación, siendo numerosos los beneficios obtenidos en cada una de las esferas personales (1). Se ha relacionado con una serie de beneficios psicosociales, mejora de los ingresos económicos, aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales (2), mejora de los síntomas y disminución en el número de ingresos hospitalarios, así como la disminución/eliminación de la estigmatización (3- 7) es decir mejora de los resultados no vocacionales.

Se define como estrategia de Apoyo Individualizado al Empleo (IPS, Individual Placement and Support), a una variante del empleo apoyado (desarrollada en EEUU por Becker y Drake (8), la cual establece que la incorporación a un empleo competitivo debe ocurrir lo más rápido posible, seguida de un apoyo y un entrenamiento en el trabajo.

En contraposición con la estrategia IPS, la estrategia de rehabilitación tradicional usa extensivamente experiencias previas al empleo, valoraciones, habilidades de entrenamiento, consejos, experiencias de trabajo protegido y ajustes al trabajo, siendo necesario un periodo de preparación antes de ingresar a un empleo competitivo. Consiste en programas diseñados para restablecer o desarrollar habilidades en aquellas personas que sufren alguna discapacidad mental, siendo su objetivo principal tanto al logro como la conservación de un trabajo adecuado a cada paciente. Se recurre a procedimientos de evaluación en etapas de pre-empleo, actividades de entrenamiento para el trabajo, recomendaciones laborales y ayuda para la colocación. Su característica principal es el paradigma “Train-Place”, es decir,

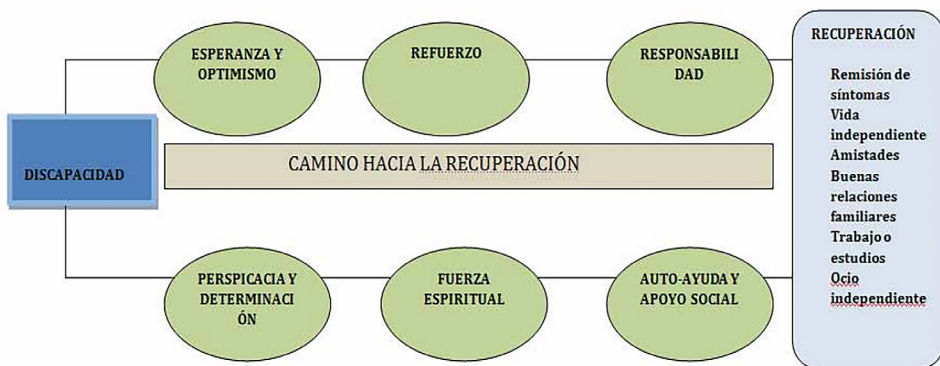
primero se prepara a la persona para un trabajo protegido o competitivo, mediante un entrenamiento vocacional, y luego se concreta la ubicación laboral de la persona rehabilitada (9).

Durante las últimas décadas la estrategia que, para lograr empleo ordinario en personas con TMG, cuenta con más apoyos como consecuencia de la experiencia acumulada y de la evaluación sistemática de sus resultados es la conocida como “Individual Placement and Support” (IPS) - que podría traducirse como “Apoyo y Ubicación Individual”.

Se entiende que la persona con TMG debe ser integrada laboralmente de la misma forma que otra persona sin trastorno mental, con el propósito de acentuar la integración social del paciente, reforzar la significación de su rol como ciudadano y hacerle partícipe esencial de su proceso terapéutico de recuperación (figura 1)

FIGURA 1

*Factores positivos que impulsan los progresos hacia la recuperación.
Liberman et al (10).*



2.- MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos electrónicas MEDLINE, EMBASE, SCI, PreMedline, CRD, Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO desde 1998 hasta diciembre de 2015, utilizando las siguientes palabras clave: “empleo”, “rehabilitación”, “trastorno mental grave”, “IPS” y “esquizofrenia”, seleccionándose los estudios publicados en inglés y/o español durante el período mencionado.

Los estudios revisados fueron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, estudios comparativos entre otros con participantes que presentaron los

siguientes criterios: a) Estudios que seguían la intervención según el modelo IPS. b) Personas con trastorno mental grave y persistente (National Institute of Mental Health). c) Edades comprendidas entre los 18 y 65 años. d) Estudios cuyos participantes presentaban dependencia activa a drogas de abuso siempre que tuvieran un TMG como diagnóstico primario. Se excluyeron los estudios de evaluación económica, cualitativos, revisiones históricas, estudios de un caso o de consenso de expertos.

3.- REVISIÓN Y ANTECEDENTES

Tanto en Europa como en los EEUU existe una fuerte evidencia de que el modelo IPS es más eficaz que los programas basados en el entrenamiento prevocacional (“Train-Place”, esto es, entrenar y luego colocar) para que personas con TMG puedan obtener un empleo competitivo (11-12). Además, la IPS presenta mejores resultados que el entrenamiento prevocacional, atendiendo tanto al número de horas y semanas trabajadas competitivamente, como al número de ingresos hospitalarios (11, 12, 1).

La estrategia IPS de integración laboral ha sido adoptada, como consecuencia de los buenos resultados, en EEUU, Canadá, Australia, Japón, Hong Kong, y otros (12, 13, 14, 15, 16, 17). En los países europeos con la riqueza de su economía y sistemas de protección ciudadana, se realizan encuestas en las agencias de rehabilitación vocacional para determinar la magnitud con la cual se están ofreciendo estas intervenciones, siendo más efectivas para la integración en el empleo ordinario de las personas con TMG y persistente (1).

Varios autores proponen que la costumbre de ir a trabajar y participar en el ambiente de trabajo ayuda a combatir los síntomas de la enfermedad y que existe un refuerzo positivo cuando se dan oportunidades de desarrollar relaciones sociales alternativas fuera de la comunidad de salud mental. Además, se plantea que estas influencias podrían resultar más positivas (o positivas en el mismo grado, pero durante un mayor período de tiempo) si aumenta la permanencia en el mundo laboral (18, 19).

4.- RESULTADOS

Los datos más relevantes obtenidos de la revisión de la literatura son:

1. **Grupos.** Predominio de la estrategia IPS frente a estrategias vocacionales tradicionales denominada de diferentes formas, utilizándose diferentes escalas para medir la misma variable sea vocacional o no vocacional.

Se clasifican en diferentes grupos:

3 grupos:

Tsang et al (20):

- Rehabilitación vocacional tradicional (Traditional vocational rehabilitation (TVR)) adopta un enfoque gradual que ofrece capacitación preprofesional al comienzo del servicio. Los participantes de este grupo recibieron evaluaciones vocacionales integrales y formación preprofesional realizada en los centros de rehabilitación vocacional.
- Empleo con apoyo integrado (integrated supported employment (ISE)): combinaba IPS y entrenamiento en habilidades sociales (work-related social skills training (WSST)).
- Apoyo y ubicación individual (individual placement and support (IPS)).

Mueser et al (21):

- IPS
- Programa de rehabilitación psiquiátrica (PSR, Psychiatric Rehabilitation Center): recibieron servicios vocacionales en un centro de rehabilitación psiquiátrica local separado del centro de salud mental.
- servicios estandarizados (Standard Services (Standard)) recibieron acceso a cualquier otro programa de rehabilitación vocacional disponible para clientes que reciben servicios en CRMHC (Capitol Region Mental Health Center (CRMHC))

2 grupos:

- Grupo caso: IPS
- Grupo control denominado de diferente forma:
 - Rehabilitación vocacional tradicional (EVR, enhanced vocational rehabilitation (22).
 - Rehabilitación vocacional (23, 13, 16).
 - Rehabilitación Psicosocial (24, 25).
 - Servicios tradicionales (7, 26), inscribirse en uno de los muchos servicios vocacionales que incluyen refugio, talleres, talleres creativos. Ninguno de estos programas tenía el empleo competitivo como su objetivo inmediato.
 - Servicios vocacionales (EQoLISE trial).
- Entrenamiento de habilidades grupales (Group Skills Training (GST)) (27): programa de rehabilitación vocacional en una agencia privada fuera de los centros de salud mental, 8 semanas de capacitación en habilidades previas al empleo en un formato grupal, colocación laboral individualizada, enlace con proveedores de salud mental y apoyos de seguimiento.

Otros grupos:

- Grupo IPS fuera de EEUU y en EEUU (12).
- Grupo IPS frente grupo no IPS (28).
- Grupo IPS frente al grupo del programa de apoyo comunitario (Community Support Program (CSP) (29)
- Grupo IPS frente a TVR (13).

4 grupos:

Estrategia IPS vs grupo control (servicios tradicionales de rehabilitación vocacional), se dividen los grupos en 4 (4): trabajo competitivo, trabajo protegido, trabajo mínimo, sin trabajo.

2. Variación de los **períodos de seguimiento** entre los 12 y los 36 meses (22, 4, 23, 21-24, 25, 27, 26, 14, 30, 29, 31, 13), así como de la diferentes **tamaños de la muestra**.

Lo más habitual es que la muestra se encuentre entre 100 y 200 personas (22, 4, 7, 26, 32, 33, 34, 16): menos de 100 personas se encontró en dos estudios (35, 30) y con muestras mayores de 200 personas (24, 36, 37, 5, 38, 39).

Criterios de inclusión:

- Drake et al (22): enfermedad mental grave (severe mental disorders (SMD)), desempleo, voluntad de dar su consentimiento informado y falta de deterioro de la memoria o enfermedad médica que impida trabajar o participar en entrevistas de investigación.
- Bond et al (4): enfermedad mental mayor, como esquizofrenia o trastorno bipolar o depresivo, y 2 años de disfunción de rol principal), desempleados al momento del estudio admisión, voluntad de dar consentimiento informado, falta de atención médica o cognitiva problemas que interferirían con completar entrevistas de investigación, y asistencia a cuatro grupos informativos.
- Mueser et al (21): actualmente no estar empleado en trabajo competitivo (definido por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos); interés en empleo competitivo; asistencia a las dos grupos de introducción de investigación (39) diseñado para informar a los clientes sobre el estudio.
- Tsang et al (20) : enfermedad mental grave (definida como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión mayor recurrente o trastorno límite de la personalidad); (ii) al menos 2 años de disfunción de rol principal; (iii) funcionamiento medio-alto y libre de disfunción de rol grave durante los últimos 3 meses; (iv) desempleo; (v) dispuesto y cognitivamente competente para dar su consentimiento informado; (vi) finalización de la educación primaria; y (vii) deseo de trabajar.

- Areberg et al (23): enfermedad mental grave, discapacidad a largo plazo, tenían entre 20 y 65 años, tenían contacto regular con la atención de salud mental, no había estado trabajando en el año anterior, expresar interés en trabajar, tenía la capacidad de comunicarse en sueco, y asistir a una reunión de información de IPS.
- Lehman et al (25): enfermedad mental grave que cumplieran los criterios jerárquicos.
- MHugo et al (27): desempleados con enfermedad mental grave.
- Latimer et al (26):a) tener entre 18 y 64 años de edad; (b) tener un diagnóstico de trastorno del espectro esquizofrénico (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, psicosis de otra manera especificado), trastorno bipolar o depresión mayor; (c) si su diagnóstico principal era uno de depresión mayor, ser clasificado como discapacitado debido a una enfermedad mental por el sistema de bienestar provincial; (d) expresar interés en empleo competitivo; Y (e) estar desempleado al momento.
- Schneider et al (14): presencia de problemas de salud mental grave y duradero, indicados por una puntuación mayor a 3 respuestas a los ítem que se encuentran en la tabla 1 del artículo.
- Nygren et al (30): La mayoría de los participantes tenían <30 años y vivían solos. La distribución entre géneros fue relativamente uniforme. El nivel de educación, así como la experiencia laboral y el diagnóstico variaron entre los participantes. Los diagnósticos más frecuentes fueron ansiedad o depresión.
- Bailey et al (29): la mayoría presentaba trastorno mental grave.
- Becker et al (31): de 18 a 65 años de edad que tenían un trastorno mental grave con discapacidad prolongada, que habían asistido a un tratamiento diurno en uno de los tres centros comunitarios de salud mental de Rhode Island durante al menos ocho días en los últimos seis meses, que actualmente estaban desempleados, que sí lo hicieron no tener ninguna discapacidad médica o cognitiva grave que impida el empleo y participación en la evaluación, y dieron su consentimiento informado.
- Michon et al (13) :1) edad de 18 a 65 años 2) deseo explícito de empleo competitivo y 3) disposición dar consentimiento informado.

Resultados no vocacionales

1. Utilización de la variable **sintomatología y hospitalizaciones** en los resultados no vocacionales (36, 37, 5, 38, 17, 15, 16, 30) siendo menos frecuente otras variables como calidad de vida, el funcionamiento global y la autoestima (36, 37, 5, 30, 16, 14, 23, 13)

Cuantificación de la variable de Sintomatología mediante la escala:

- **Positive and Negative Syndrome Scale** (PANSS) (24, 7, 32, 33, 5, 38, 34).
- **Escala para la evaluación de síntomas positivos y la escala para la evaluación de los síntomas negativos** (SANS, scale for the assessment of negative symptoms, SAPS, scale for the assessment of positive symptoms descrita por Andreasen) (40).
- **Hospital Anxiety and Depression Scale** (HADS) (5).
- **Brief Psychiatric Rating Scale** (BPRS) (22, 4, 26, 35, 30, 16).

No se han encontrado diferencias significativas entre grupos o no muestran resultados de significación (22, 7, 26, 32, 33,16).

En Drake et al (22), las puntuaciones totales de la escala de BPRS aumentaron significativamente, pero estos aumentos se encontraban claramente en el rango subclínico, sin puntuaciones promedio de síntomas por encima de 2,0 y sin aumentos en las subescalas. En el artículo Gold et al (7), no se encontraron diferencias sustanciales entre ambos programas y no hubo ningún cambio desde el inicio para síntomas psiquiátricos utilizando la escala PANSS. En Latimer et al (26) y Bejerlhom et al (16) no encontraron diferencias significativas en cuanto a la sintomatología con la escala BPRS. En Kukla et al (33) ambos grupos informaron niveles de síntomas leves a moderados a través del período de estudio sin resultados significativos.

En cambio, en otros estudios se informaron de cambios y resultados significativos en la variable sintomatología (4, 24, 30, 38, 5).

En Mueser et al (24) encontraron dos efectos que fueron significativos: efecto de tiempo para funcionamiento global (Global Assessment Scale (GAS)) y PANSS-factor cognitivo.

En Nygren et al (30) los participantes que trabajaron a los 12 meses mostraron mejoras en síntomas psiquiátricos y funcionamiento global.

En Kilian et al (38) demuestran que el tener un empleo competitivo tiene una influencia positiva en el nivel de psicopatología de las personas con esquizofrenia. Encontraron que tener un empleo reducía el riesgo de ingresos hospitalarios.

En Burns et al (5) concluyen que el trabajo se asoció con un mejor funcionamiento y menos síntomas y estas diferencias fueron mayores para quienes reciben servicios vocacionales.

2. Valoración de la variable **autoestima** mediante:

- a. **“Escala de Rosenberg”** (22, 21, 24, 7, 29, 41).
- b. **“Entrevista estructurada”** (25, 27).
- c. **“Escala de empoderamiento de los servicios de salud mental”** (14, 23).

En la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) analizados no se han encontrado diferencias significativas entre grupos (14), no muestran el valor de p (23, 22, 4, 31) o no muestran resultados (21, 24, 25, 44, 27, 29). Sin embargo, algunos de los ECA señalados sugieren una relación positiva entre IPS en el empleo competitivo y la autoestima (14, 4, 13).

Al analizar la variable autoestima no se encontraron diferencias significativas entre grupos (31), aunque en un estudio aumenta significativamente en el grupo de IPS mientras que en el grupo control tiene tendencia al declive sin encontrar diferencias significativas intragrupo (26).

Bond et al (4) sugiere que la autoestima mejoró entre la línea de base y los 18 meses para el grupo de trabajo competitivo con un cambio neto relativamente pequeño para los otros tres grupos. En el grupo de trabajo competitivo se obtiene un efecto que refleja una mejora en la autoestima, satisfacción general con la vida mientras que para las subescalas de síntomas fueron generalmente menor.

En una de las revisiones sistemáticas, como la de Marshall et al (44), que incluye ensayos controlados, sugiere que el empleo competitivo podría estar asociado a una mejoría del control de síntomas, calidad de vida, autoestima y funcionamiento social en comparación con aquellas personas que no obtienen un empleo. Sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas y en ocasiones no se valora el impacto sobre la salud.

En los estudios comparativos revisados existen escasos artículos como Nygren et al (30), que refleja que el empleo competitivo podría estar asociado a una mejoría de la autoestima en comparación con aquellas personas que no obtienen un empleo.

McHugo et al (27) manifiesta que en los dos grupos que entraron en la fase de extensión fueron similares a los dos que iniciaron la fase experimental, el grupo IPS tuvo mayor autoestima, menos síntomas de anergia y más síntomas de activación que el grupo de entrenamiento de habilidades grupales (GST). Ninguna de estas diferencias fue clínicamente significativa.

3. Respecto a la variable **Hospitalizaciones** (22, 4, 7, 32, 36, 37, 5, 35, 33, 39, 34) se encontraron 11 estudios, de los cuales 6 de ellos mostraron correlación positiva entre hospitalización y empleo (39, 36, 37, 5, 34, 38) ya que las personas incluidas en el grupo IPS, o que tenían un trabajo competitivo, presentaron menos días de hospitalización respecto a los controles. En los restantes 5 estudios no encontraron diferencias significativas (22, 32, 7, 33, 35).

En Drake et al (22) ambos grupos disminuyeron los ingresos en el hospital después de comenzar sus programas vocacionales, las reducciones fueron insignificantes. El grupo IPS obtuvo un número significativamente mayor de días de hospitalización.

En Bond et al (32) los ingresos por hospitalización psiquiátrica y días hospitalizados se basaron en información del autoinforme del paciente y resúmenes del alta hospitalaria, hospitalización (año anterior), siendo una diferencia no significativa.

En Gold et al (7), los dos grupos tuvieron hospitalizaciones (SEP) 21, 27% vs tratamiento asertivo comunitario con IPS (ACT-IPS) un 17, 26% pero no especifican el valor de la p).

En Wong et al (35), no encontraron diferencias significativas en días de hospitalización.

En Kukla et al (33), los grupos no difirieron en días de hospitalización psiquiátrica. Ambos grupos vocacionales tenían significativamente menos días de hospitalización.

Sin embargo, 6 de los estudios (39, 36, 37, 5, 34, 38) si encontraron relaciones significativas entre hospitalizaciones y empleo.

En Drake et al (39) hubo diferencias significativas en días de estancias hospitalarias.

En Burns et al (36) concluyen que el servicio tradicional obtuvo un promedio de doble tiempo en el hospital.

En Burns et al (37) uno de los hallazgos inesperado fue la variable hospitalización que se redujo en los pacientes que recibieron IPS y fueron significativamente menos propensos al ser rehospitalizados.

Burns et al (5) los pacientes que no trabajan obtuvieron 2.84 veces más probabilidades de haber sido hospitalizados en los últimos 6 meses.

En Hoffman et al (34) los participantes en el grupo IPS tenían menos días de hospitalización.

En Kilian et al (38) el número de días de hospitalización durante cada intervalo de tiempo se relacionó positivamente con la puntuación en la escala PANSS al principio del intervalo y con el número de días hospitalarios durante el intervalo anterior.

Aunque no aparece el valor de la p, Bond et al (4) midió los días que permanecieron en el hospital durante el año previo. El grupo de trabajo competitivo es el que menos días obtuvo.

4. **El Funcionamiento Global** fue analizado mediante las siguientes escalas:

- **Global Assessment Scale** (22, 21, 24, 31).
- **Global Assessment of Functioning** (26).
- **Global Assessment of Functioning-Symptoms and Disability** (5).
- **Social Provision Scale** (26).
- **Entrevista Estructurada** (25).
- **Social Adjustment Scale y Social Support and Social Network Interview** (21,24).
- **Workplace Network Grid** (18).

Los resultados más relevantes de esta revisión aportan la asociación significativamente positiva entre días trabajados y funcionamiento global en términos de síntomas y discapacidad (5), así como en función cognitiva (24), calidad de vida y autoestima (22).

5. La **calidad de vida** se evalúa mediante:

- a.- **Lancashire Quality of Life Profile-European Version** (LQoLP-EU) (36, 37, 5).
- b.- **Manchester Short Assessment of Quality of Life** (MANSA) (16, 13, 23,30).
- c.- **Entrevista de calidad de vida de Lehman** (Quality of life interview) (4, 22, 23, 29,33,25).
- d.- **Wisconsin quality of life index** (34).
- e.- **“Brief Version of the quality of life interview** (21,24, 7).
- f.- **Hong Kong Chinese version: World Health Organization Quality of life measure** (35).
- g.- **Entrevista no especificada en el estudio** (27).
- h.- **Canadian version of the Wisconsin Quality of life scale** (26).

Estos estudios sugieren que un período significativo en un empleo competitivo se asocia con una mejora en el control de los síntomas, calidad de vida, autoestima, y el funcionamiento social en comparación al grupo que no trabaja; es decir, los “efectos secundarios” de un empleo competitivo son más positivos que negativos (43). Mueser et al (42), no logró resultados referentes a la satisfacción en el empleo (objetivo principal del estudio), así como tampoco los síntomas y calidad de vida probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra. Otros autores (23) encontraron que las personas del grupo IPS obtenían mejores puntuaciones en calidad de vida y motivación.

6. Existen **otras escalas para evaluar resultados no vocacionales**, tales como:

- Escala de Fidelidad de IPS: Supported Employment Fidelity Scale (SEFS) (16), IPS fidelity scale (40,15).
- Puntuación de apoyo al empleo (14).
- Escala de fidelidad versión de 15 ítem (17).
- Workplace network grid (18)
- Autocuestionarios (Stress Management Questionnaire) (34)
- Escala de clasificación de roles socialmente valorada (45).
- Perfil de participación ocupacional (POEs) que se relaciona significativamente con el GAF (16).
- Discapacidad social a través de “Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS) (5). Trabajando por 90 días más se asociaba a menos discapacidad social (por 0.9 puntos de 21 en GSDS).

En resumen, de toda la información revisada se desprende la evidencia de que el modelo IPS de apoyo al empleo resulta más efectivo que los servicios tradicionales para promover la obtención de empleo competitivo en personas con TMG. Sin embargo, hemos encontrado datos contradictorios debido a que se utilizan diferentes escalas para valorar la misma dimensión o categoría clínica, la estrategia tradicional tiene diferentes nomenclaturas y se aplica a comunidades diferentes, existen diferentes patrones de diagnóstico de enfermedad, así como diferencias en las características de la población sujeta a la evaluación y/o no todos los estudios tienen en cuenta la variable recaída ni los resultados vocacionales y no vocacionales al mismo tiempo.

Otra de las limitaciones encontradas es que en la mayoría los estudios las variables no vocacionales son estudiadas no como medidas principales sino como resultados secundarios aportando más información sobre los componentes vocacionales del empleo.

Un aspecto que no hemos encontrado en la revisión de los estudios es saber qué opinan las propias personas del empleo, es decir si están satisfechos o no con las condiciones laborales, con sus compañeros, el horario, etc. Sabemos que el empleo valorado positivamente se asocia generalmente con una reducción de síntomas, una mejora de la evolución de la enfermedad y de las posibilidades de recuperación, además de mayor probabilidad de evitar la hospitalización y de mantener el empleo (46).

Por lo tanto, como las conclusiones encontradas sobre los resultados no vocacionales no son firmes, entendemos que se necesitan estudios sistematizados y aleatorizados para obtener resultados determinantes que permitan comparar los efectos de la estrategia IPS en personas con TMG sobre las variables que conforman los resultados no vocacionales (autoconcepto, calidad de vida, discapacidad, funcionamiento global y sintomatología).

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Bond et al 2001(4)	N= 149 IPS vs Grupo control grupos: trabajo competitivo, trabajo protegido, mínimo y ningún trabajo	Trabajo mínimo: 116.9 (SD 94.9) Trabajo competitivo: 923.7 (SD 612.4) t = 7.23 p = 0.0001	GAS, M Trabajo competitivo 47.2 Trabajo protegido 39.6 Trabajo mínimo 41.0 f(3, 148)=3.87, p=0.011	18 meses	Rosenberg La autoestima mejoró entre la línea de base y los 18 meses para el grupo de trabajo competitivo (ES dentro del grupo = 1,17), con un cambio neto relativamente pequeño para los otros tres grupos (ES dentro del grupo que varía de 0,14 a 0,47).	-	Las puntuaciones de GAS fueron significativamente más altas para el grupo de trabajo competitivo (M = 47.2) que para el mínimo (M = 41.0) o grupos protegidos (M = 39.6), F (3, 148) = 3.87, p = .011.	BPRS BPRS total desde el inicio hasta los 18 meses (ES dentro del grupo = 0.21), mientras que el grupo sin trabajo se deterioró sustancialmente (ES = -1,12)	

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
McHugo et al 1998 (27)	GST (Group Skills Training) vs ips N= 143	IPS trabajó más horas totales [(815,4 ± 1.330,8 frente a 436,2 ± 976,0, F (1.123) = 5.94, p = .02) que los clientes que habían estado en GST	el 61,1% de los clientes de la fase de extensión (77/126) trabajó en al menos un trabajo competitivo, y trabajaron una media de 430,8 (SD = 716,5) horas	24 meses	Entrevista estructurada Grupo IPS reportando mayor autoestima, menos síntomas de ansiedad y más síntomas de activación que el grupo GST. Ninguna de estas diferencias fue clinicamente significativo			Entrevista estructurada	

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Schneider et al 2009 (14)	IPS 888 personas contactadas, 340 respondieron, de las cuales 48 se negaron a participar	Sin embargo, la media de horas trabajadas por semana también aumentó, de 23,6 (DE 14,13) a 25,7 (DE 12,65). El ingreso medio por hora apenas cambió, de 6,47 libras esterlinas al inicio del estudio a 6,43 libras esterlinas en el seguimiento (9 € a 1,46 € = 1 £).	-	12 meses	Factor de autoeficacia de la Escala de empoderamiento entre usuarios de servicios de salud mental (Rogers et al, 1997) Línea de base 23,2 (3,6) en el trabajo remunerado $t = 2,22$, $p = 0,028$; Seguimiento 22,8 (3,5) $t = 1,71$, $p = 0,089$.	-	-	-	-

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Nygren et al 2011 (30)	Rehabilitación vocacional N= 91 fueron elegidos para la inclusión, y 65 participaron en el estudio. Grupos: -empleo -educación -práctica laboral -sin ocupación	El número de semanas de empleo, educación y práctica laboral durante el año varió en gran medida, desde solo 1 semana hasta 41 semanas, y hubo una variación similar en las horas trabajadas o estudiadas.		12 meses	Escala de autoestima de Rosenberg *empleo: 2.6 (2.5) *educación: 2.3 (2.5) *práctica laboral 2.3 (2.4) *sin ocupación: 2.3 (2.5)	Quality of Life (MANSA) *Empleo: 4.9(4.7) *Educación: 5.1 (5.2) *Práctica laboral: 4.2 (4.4) *Sin ocupación: 4 (3.9)	Global Assessment of Functioning (GAF) A los 12 meses, solo los participantes en la práctica laboral habían logrado cambios significativos funcionamiento global (p = 0,002) *empleo: 62 (64) *educación: 62 (68) *práctica laboral 57 (61)* *sin ocupación 56 (57)	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) A los 12 meses, solo los participantes en la práctica laboral habían logrado cambios significativos síntomas psiquiátricos (p = 0,000) *Empleo: 62 (64) *Educación: 62 (68) *Práctica laboral: 57 (61)* *Sin ocupación: 56 (57)	Escala de fidelidad de IPS.

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Bailey et al 1998(29)	Programa de apoyo a la comunidad (CSP) frente a IPS	Las correcciones de los trabajadores del IPS fueron altas para el total de horas de empleo competitivo, $r = .92$, y para los salarios totales, $r = .94$. La correlación con los ingresos de-clarados por los clientes también fue alta, $r = .79$	IPS aumentaron considerablemente su tasa de empleo del 12,9% en el trimestre antes de cambiar a IPS al 64,5% en el último trimestre del año de seguimiento; mientras que CSP se mantuvo estable (entre 16,1% y 19,4%).	12 meses	Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) Sus síntomas, hospitalizaciones, autoestima, resultados no vocacionales y calidad de vida no cambiaron.	Quality of Life Interview (Lehman, 19889) Sus síntomas, hospitalizaciones, autoestima, resultados vocacionales y calidad de vida no cambiaron.		Brief Psychiatric Rating Scale (Lukoff, Nuechterlein & Ventura, 1986) No reportado. Sus síntomas, hospitalizaciones, autoestima, resultados no vocacionales y calidad de vida no cambiaron.	Employment and Income Review (Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989)

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Becker et al 2001 (31)	programas de tratamiento diurno en programas de empleo con apoyo, los autores evalúan 127 clientes de tratamiento diurno Programa A,B,C		los clientes de tratamiento diurno en los centros convertidos lograron tasas más altas de empleo competitivo que los del grupo de comparación (44,2 por ciento y 56,7 por ciento versus 19,5 por ciento)	36 meses	Rosenberg Self-Esteem Scale *Programa A Línea de base 23.0±5.6, Seguimiento 23.6±3.7 *Programa B Línea de base 22.1±5.5, Seguimiento 21.2±4.1 *Programa C Línea de base 22.9±4.3Se- guimiento 21.7±3.9	Quality of Life Interview	Global Assessment Scale	Brief Psychiatric Rating Scale *Programa A Línea de base 44.2±13.6, Seguimiento 41.0±11.2 *Programa B Línea de base 42.7±12.7, Seguimiento 40.5±14.2 *Programa C Línea de base 39.9±9.6, Seguimiento 39.6±12.3	

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Marshall et al 2014 (44)	12 revisiones sistemáticas y 17 ensayos controlados aleatorios	El empleo con apoyo demostró resultados positivos para las personas con trastornos mentales, incluidas tasas más altas de empleo competitivo, menos días para el primer trabajo bajo competitivo, más horas y semanas trabajadas y salarios más altos.				Análisis secundario de datos de cuatro ECA de IPS sugirió que el empleo competitivo puede estar asociado con una mayor mejora con el tiempo en el control de los síntomas, la calidad de vida, la autoestima y el funcionamiento social, en comparación con la ausencia de empleo			

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Mueser et al 2005 (42)	Treinta y cinco recientemente empleados con enfermedades mentales graves que recibían servicios de empleo con apoyo en una agencia independiente fueron asignados al azar para participar en un programa de capacitación en habilidades o	Los clientes del grupo de programa de capacitación en habilidades (N = 17) mejoraron más en el conocimiento de los fundamentos del lugar de trabajo que los del grupo de control (N = 18) en el seguimiento de nueve meses, pero los grupos no difirieron		18 meses					

	tratamiento como de costumbre.	ron en el número de horas o días trabajados, salario ganado o recepción de servicios vocacionales adicionales durante el período de 18 meses								
--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Kukla et al 2013 (33)	IPS vs Diversified Placement Approach (DPA)			2 años		version corta de Lehman's Quality of Life Inter-view. Ambos grupos mejoraron significativamente en la calidad de vida general, $F(1170,3) = 6,86, p = 0,01$		Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Los grupos de IPS y DPA no difirieron significativamente en los síntomas o dominios de síntomas al inicio o durante el seguimiento; ambos grupos informaron niveles de síntomas leves a moderados durante el periodo de estudio	La participación en el empleo con apoyo por sí sola no es suficiente para tener un impacto positivo en la mayoría de los resultados no vocacionales en personas con TMG.

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Bond et al 2007 (32) (resultados vocacionales)	(IPS) y la diversificación enfoque de colocación (DPA). 187 participantes desempleados		Las tasas de empleo competitivo durante los dos años de seguimiento fueron del 75.0% para IPS y del 33.7% para DPA	2 años	-	-	-	-	Vocational program fidelity

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Drake et al 2013 (39)	(IPS) y la diversificación enfoque de colocación (DPA). 187 participantes desempleados		La tasa de empleo remunerado en cualquier momento durante el período de seguimiento fue significativamente mayor para el grupo de intervención que para el grupo de control (60,3% en comparación con 40,2%), al igual que la tasa de empleo competitivo (52,4% en comparación con 33,0%).	2 años	No se reportan	Quality of Life Interview No se reportan	No se reportan	No se reportan	Placement and Support Fidelity Scale -Satisfaction laboral :Indiana Job Satisfaction Scale

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Hoffman et al 2014 (34)	N=100	Horas trabajadas al año en empleos competitivos ips 689 (DE 782) vs grupo control 392 (DE 754) p 0.023	Ips tuvieron un empleo competitivo durante casi todo el periodo de seguimiento y que todavía estaban empleados al final del seguimiento (37%) y en el grupo de rehabilitación tradicional (9%), mientras que solo el 35% IPS nunca tuvo un empleo competitivo, en comparación con el 67% del grupo de rehabilitación tradicional	5 años		Wisconsin Quality of Life Index (media = 6,9, DE = 1,3) que para el grupo de rehabilitación tradicional (media = 6,2, DE = 2,0), pero la diferencia no alcanzó significación estadística (p = 0,06)	e Global Assessment of Functioning Scale	Positive and Negative Syndrome Scale (

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Latimer et al 2006 (26)	-IPS -Servicios tradicionales (GC)	horas/persona IPS: Md=126.4 h (d.s =266.8) vs GC: Md=72.5h (d.s=251.6) p<0.001	IPS 46.7% vs GC 18.9%, p<0.001)	12 meses	- Self-Esteem Rating Scale. (GC<IPS) (Md= 48.2 (d.s=37.2) vs IPS (Md=25.6 (d.s=30.8) p<0.001)	-Calidad de vida: GC vs IPS (Md=0.89 (d.s=0.92) vs Md= 0.74 (d.s =0.82) p= 0.28	-GAF GC vs IPS (Md= 58.6 (d.s=12.9) vs Md=62 (d.s=12.4) p=0.14	- BPRS GC vs IPS (Md= 43.3 (d.s=15.5) vs (Md=41.3 (d.s=12.3) p=0.74	-Escala de habilidades comunitarias (MCAS)
Wong et al 2008 (35)	IPS vs Grupo tradicional (GC)	-Total de días empleados: IPS (Md 136 ± d.s = 161 vs GC.Md= 74 ± d.s = 141 , Test estadístico U = 669,5 p < 0,002	IPS 70% versus 29%,OR = 5,63, IC del 95% = 2,28- 13,84),	18 meses	-	-Calidad de vida versión OMS. Sin Cambios significativos respecto a la línea de base en el tiempo. No expresan resultados	-	BPRS Sin Cambios significativos respecto a la línea de base en el tiempo. No expresan resultados	-

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Lehman et al 2002 (25)	IPS Rehabilitación psicosocial	-	Empleo: IPS 42% vs GC 11%, p<0,001, OR:5,58. Empleo competitivo: IPS 27% vs GC 7%, p <0.001 OR= 5.58)	24 meses	-	-	-	-	-
Oshima et al 2014 (15)	Servicio vocacional vs IPS	Horas/semana: 168 hr IPS vs 41 hr GC P =0 .002),	IPS 44.4% vs. GC 10.5% p =0.022). Empleo más semanas: IPS Md 6.4 vs GC 1.8 p =0.003).	6 meses	-	-	-	-	-

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Michon et al 2014 (13)	IPS vs Re-habilitación tradicional	IPs vs GC (Md =422 +/-d.s= 920) vs (Md=237 +/- d.s =648), t= 1.43, df =146, p <0.05).	Empleo competitivo: 44% IPS vs 25% GC (X ² = 5.61, p < 0 .05)	30 meses	Rosemberg IPS vs GC (Md =1.8 +/- d.s = 0.51 vs Md= 1.9 +/- d.s=0 .47)	-MANSA IPS vs GC (Md =4.1 +/- d.s = 0.86 vs Md= 4.3 +/- d.s=0 .86)	-	Salud mental: Mental Health Inventory-5 IPS vs GC (Md =56 +/- d.s = 18.5 vs Md= 63.4 +/- d.s=18.3) p<0 .05, t-2.47 (149).	-
Tsang et al 2010 (20)	-ISE (IPS + habilidades sociales) -IPS -Rehabilitación vocacional.	-	ISE 82.8% vs IPS 61.5% vs 6,1%TVR (antes 15 meses, X ² = 6.779 p<0.009 Duración(semanas): ISE 46.94 vs IPS 36.17)	39 meses	-	-	-	-	-Escala de Copago del Estrés Laboral de China (CJSC), - Índice de Bienestar Personal (PWI). -Escala general de autoeficacia China (CGSS)

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Período seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Bejerholm et al 2015 (16)	IPS y terapia tradicional	PS 196 (384) vs GC 19 (82), diferencia 176, IC 95% (66 – 302), P= 0.003	IPS 46% GC vs. 11%; diferencia 36%, IC 95% 18 – 54) P = 0.000.	18 meses		MANSA No expresa resultados	-	BPRS No expresa resultados	-Perfil ocupacional (POES)

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
EQOLISE trial Burns et al 2007-2008-2009 (36,37, 5)	IPS vs servicios vocacionales	IPS (Md 428.8(d.s 706.77) vs GC 119.1 (d.s 311.94) IC 95% (189.22-434.17)	Al menos trabajan un día: IPS 85 (55%) vs GC 43 (28%) (diferencia 26•9%, IC 95% 16•4-37•4).	18 meses	-	- LQoLP-EU: A los 18 meses IPS (Md= 4.7 (d.s = 0.758)vs GC (Md= 4.7 (d.s= 0.861), IC 95%, diferencia 0.032 (-0.137 a 0.201)	GAF A los 18 meses GAF-S IPS (Md= 57.4 (d.s =11.90)vs GCI (Md= 58.3 (d.s=10.76), IC 95%, diferencia -1.23 (-3.75 a 1.28) A los 18 meses GAF-D IPS (Md= 57.6 (d.s =11.94)vs GC(Md= 56.6 (d.s=10.45), IC 95%, diferencia 1.48 (-1.03 a 4)	PANSS Sólo PANSS tiene una latencia significativa entre individuos -Días Hospital: IPS pasó menos días en el hospital entre 6 y 12 meses (b -0,036; p 0,032) y Entre 12 y 18 meses (b - 0,104; p 0,030). -HADS-A IPS (Md= 6.5 (d.s =4.53) vs GC(Md= 6.4 (d.s=4.30),	-GSDS A los 18 meses IPS (Md= 8.1 (d.s =3.38) vs GC (Md= 8.2 (d.s=4.11), IC 95%, diferencia -0.289 (-1.1 a 0.487)

EMPLEO, RECUPERACIÓN Y CIUDADANÍA EN LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS

IC 95%, dife-								
rencia								
-0.221								
(-1.07 a								
0.632)								
--HADS-D								
IPS (Md=								
6.1 (d.s =4.24)								
vs GC(Md=								
6.2 (d.s=4.56),								
IC 95%, dife-								
rencia								
-0.302								
(-1.21 a								
0.606)								

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Drake et al 1999 (22)	IPS / Rehabilitación vocacional	Al menos 20 horas / semana: IPS 71.1% vs GC 10.8%. -a los 18 meses: IPS vs GC (Md = 322 (66.2%) vs (Md= 27.6 (14.3%)). x=4.35 p< 0.001	IPS vs GC (Md 45 (60.8%) vs Md 7 (9.2%), X2= 44,1, p <0,001)	18 meses	Rosemberg n.d.s. IPS vs GC base (Md=20(d.s =0,61) vs Md=19,5(d.s=0,65) IPS vs GC 18 meses (Md=18,5(d.s=0,70))vs Md=18,1(d.s=0,68)	entrevista Ips base Md= 4,6(d.s = 0,15) Ips 18 meses Md=5(d.s=0,17) GC base Md=4,6 (d.s= 0,17) GC 18 meses Md= 4,8(d.s=0,18)	-GAF IPS vs GC base (Md=42,7(d.s =1,08) vs Md=42,2(d.s= 1,11) IPS vs GC 18 meses (Md=45,8(d.s=1,43) vs Md=46 (d.s=1,76))	BPRS IPS vs GC base Md=37,4(d.s =1,01) vs Md=39,2(d.s= 1,19) Ips vs GC 18 meses (Md=37,6 (d.s=1,11) vs Md=41,1 (d.s=1,54)	-

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Mueser et al 2004 (24)	IPS. Programa de rehabilitación psicosocial (RPS) servicios tradicionales.	IPS (Md) = 372.57 vs. Servicios tradicionales 176.02, $t(58.7) = 3.32$, $p < 0.02$	IPS 75.0% vs. Servicios tradicionales. 45.2%, $X^2(1, N = 204) = 8.41$, $p < 0.04$	2 años	n.d.s. No expresan resultados estadísticos en cuanto a resultados no vocacionales.	entrevista Breve versión de calidad de vida n.d.s.	GAS tendió a mejorar con el tiempo (línea de base $M = 50.9$, 2 años $M = 53.8$).	PANSS y funcionamiento cognitivo tendió a empeorar (línea de base $M = 2.3$, 2 años, $M = 2.5$).	programa de Subescala y calificación global de la Escala de Ajuste Social-II
Gold et al 2006 (7)	IPS vs tradicionales	-	IPS 63.6 versus GC 26.0%; $p < 0.001$, [ES] = 0.38)	24 meses	-	Resultados no mostrados pero disponibles de los autores		PANSS Resultados no mostrados pero disponibles de los autores	

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Areberg et al 2013 (23)	IPS/Rehabilitación vocacional tradicional	-	-	18 meses	-	MANSA 18 meses IPS (Md=55 vs GC Md=51, Z=-3.039, p=0.002, r=0.33). Tras ITT, IPS(Md=54 vs GC Md=50,5, Z = -2,311, p = 0,021, r = 0,21.)			motivación laboral - empoderamiento. - compromiso ocupacional

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Mueser et al 2001 (21)	IPS, programa de rehabilitación psiquiátrica (PSR) y servicios estandarizados	-	Acorde a sus preferencias mantenían más tiempo su empleo (Md):28.94, 15.12 semanas, d.s.= 35.00, 20.60, n=31.17 respectivamente, t=1.72 p<0.05).	2 años	-	-	-	-	preferencias laborales, la satisfacción laboral y la permanencia en el puesto de trabajo
Henry et al 2004 (28)	IPS No IPS	-	-	-	-	-	-GAF	- SMOG-BH IPS conlleva significativamente a menor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias F = 13.58, df = 1, 162, p < 0.0003, ES = 0.57, vs F = 4.51, df = 1, 162, p < 0.04, ES = 0.32)	Hospitalizaciones y visitas a servicios de emergencia en personas con IPS vs no IPS

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Bond et al 2012 (12)	IPS en EEUU y fuera de EEUU (15 estudios)	-	-Total: 592 (55.7%) de IPS vs 253 (22.6%) GC. - 62.1% EEUU vs 47.3% no EEUU X ² =23.29 p<0.001)	6 meses a 30 meses.	-	-	-	-	Algunos Autoestima, funcionamiento social y red social. los participantes de IPS no difirieron de los controles

5.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave. Modelo Red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. 2010.
- (2) Liberman, R. P. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1988). 1993.
- (3) Mueser, K.T, Drake R.E, Bond G.R. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 1997. 5:123-137.
- (4) Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* . 2001;52: 313-22.
- (5) Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, Wiersma D, Lauber C. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull*. 2009;35:949-958.
- (6) Corbière M., Shen J., Rouleau M., Dewa C. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. 2009; *Work* 33: 81–116.
- (7) Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32: 378-395.
- (8) Becker, D. R., and R. E. Drake. 2003. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford Univ. Press. DOI: [10.1093/acprof:oso/9780195131215.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195131215.001.0001)
- (9) Mascayano Tapia F, Lips Castro W., Moreno Aguilera J. Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud Mental*. 2013; 36:159-165.
- (10) Liberman, R.P. En vivo Amplified skills training : Promoting generalization of independent. *Living skills for clients with schizophrenia*. *Sychiatry*, 2002; 2;10-12,20-32.
- (11) Bond, G. R. Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1998; 22: 11-23.
- (12) Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*. 2012; 11:32-39.
- (13) Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J*. 2014; 37:129-136.
- (14) Schneider J, Slade J, Secker J, Rinaldi M, Boyce M, Johnson R, Floyd M, Grove B. SESAMI study of employment support for people with severe mental health problems: 12-month outcomes. *Health Soc Care Community*. 2009; 17: 151-8.
- (15) Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehabil J*. 2014; 37:137-143.

- (16) Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2015;69:57-66.
- (17) Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multisite randomised controlled trial of evidence based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Aust Occup Ther J*. 2014; 61:424-436.
- (18) Rollins AL, Mueser KT, Bond GR, Becker DR. Social relationships at work: Does the employment model make a difference? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26: 51-61.
- (19) Marrone, J., & Golowka, E. If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty, and social isolation cause? *Speaking Out (Psychiatric Rehabilitation Journal)* . 1999; 23: 187-194.
- (20) Tsang HW, Fung KM, Leung AY, Li SM, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010; 44:49-58
- (21) Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*. 2001; 10: 411-417.
- (22) Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 627-633.
- (23) Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2013; 20:420-428.
- (24) Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford Study of Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 2004; 72: 479-490.
- (25) Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59: 165-172.
- (26) Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, Lahaie N, St-Pierre M, Therrien C, Xie H. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 189: 65-73.
- (27) McHugo GJ, Drake RE, Becker DR. The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1998; 22: 55-61.
- (28) Henry AD, Lucca AM, Banks S, Simon L, Page S. Inpatient Hospitalizations and Emergency Service Visits among Participants in an Individual Placement and Support (IPS) Model Program. *Mental Health Services Research*. 2004; 6: 227-237.
- (29) Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR, Xie H, Drake RE. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1998; 22: 24-29.
- (30) Nygren U, Markström U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25:591-598.

- (31) Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ, Drake R. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*. 2001;52: 351-357.
- (32) Bond GR, Dincin J, Fraser VV, Salyers M.P, Drake R, Becker D, Haines M. A Randomized Controlled Trial Comparing Two Vocational Models for Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2007; 75(6): 968–982
- (33) Kukla M, Bond G.R. A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcome. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2013; 38:91–98.
- (34) Hoffman H.; Jäckel D.; Glauser S.; Mueser K.T.; Kupper Z. Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial; *Am J Psychiatry*. 2014; 171:1183–1190.
- (35) Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv*. 2008; 59: 84-90.
- (36) Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:1146-1152.
- (37) Burns T, White SJ, Catty J. Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. *Int Rev Psychiatry*.2008; 20: 498-502.
- (38) Kilian R, Lauber C, Kalkan R, Dorn W, Rössler W, Wiersma D, van Buschbach JT, Fioritti A, Tomov T, Catty J, Burns T, Becker T. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47:1381-1389.
- (39) Drake R, Frey W, Bond G, Goldman H, Salkever D, Miller A, Moore T.A, Riley J, Karakus M, Milfort R. Assisting Social Security Disability Insurance Beneficiaries With Schizophrenia, Bipolar Disorder, or Major Depression in Returning to Work. *Am J Psychiatry*, 2013; 170:1433–1441.
- (40) Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2014, 61: 424–436.
- (41) Becker D, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo G.J, Drake RE. Converting Day Treatment Centers to Supported Employment Programs in Rhode Island. *Psychiatric Services* 2001, 52:351–357.
- (42) Mueser K, Aalto S, Becker D, Ogden JD., Wolfe RS, Schiavo D, Wallace CJ, Xie H. The Effectiveness of Skills Training for Improving Outcomes in Supported Employment. *Psychiatric Services*. 2005, 56:1254–1260.
- (43) Rodríguez Pulido, F., Caballero Estebaranz N., González Dávila E., González Lorenzo M., Hernández Álvarez de Sotomayor M., López Reig S., Perestelo Pérez L., Pérez Ramos J., Rivero Santana A., Tallo Aldana E., Vílchez de León P. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. *Sinpromi S.L.*1-149. 2011.

- (44) Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, George P, Delphin-Rittmon ME. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* . 2014; 65:16-23.
- (45) Waghorn, G. R., Chant, D. C. & King, R. Work-Related Subjective Experiences, Work-Related Self-Efficacy, and Career Learning Among People with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation.* . (2007). 10:275-300.
- (46) Fairweather G. COMMUNITY LIFE FOR THE MENTALLY ILL- et al. Chicago, Ill. 60605: Aldine (529 South Wabash), 1969. 357 pp.

II.I.III El empleo ordinario y la rehabilitación cognitiva

NAYRA CABALLERO ESTEBARANZ

INTRODUCCIÓN:

EL DETERIORO COGNITIVO se considera una característica central de la esquizofrenia ya que es relativamente estable a través de la vida (1) pero este deterioro es variable de persona a persona (2). La guía NICE (3) define la remediación cognitiva como un programa centrado en la mejora de la función cognitiva usando un procedimiento(s) específico e implementado con la intención de lograr una mejora en el nivel de la función cognitiva especificado.

El tratamiento de rehabilitación cognitiva, por tanto, consistiría en una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas), que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas.

Existen diferentes tipos de intervenciones para la rehabilitación cognitiva, que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal y que implican, generalmente, una o varias de las tres estrategias siguientes:

1. Restauración, en la que el objetivo es reducir el déficit cognitivo subyacente, mejorando las funciones cognitivas alteradas actuando directamente sobre ellas.
2. Compensación, que apunta a ayudar al paciente a compensar el déficit cognitivo con mecanismos alternativos o habilidades preservadas.
3. Sustitución que consiste en utilizar estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas.

En personas con esquizofrenia, los abordajes de tipo “compensatorio” suelen ofrecer resultados superiores a los de tipo “restitutivo” (4-6).

Neuchterlein et al (7) identificaron ocho dominios específicos de gran importancia en el trabajo cognitivo: atención / vigilancia, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y memoria, aprendizaje visual y memoria, razonamiento y resolución de problemas, la comprensión verbal además de la cognición social. Los déficits cognitivos que se han demostrado que tienen una relación consistente con la evolución de la enfermedad a largo plazo son los siguientes: memoria, funciones ejecutivas, atención y lenguaje (8).

Los programas de rehabilitación cognitiva se han desarrollado en los últimos 40 años con el objetivo de comprobar si los intentos directos para mejorar el rendimiento cognitivo podrían ser más efectivos (9). La razón principal para la rehabilitación cognitiva es mejorar el funcionamiento cognitivo y también obtener un mejor funcionamiento como objetivo adicional (10). Enfoques adoptados han oscilado entre las intervenciones estrictamente definidas, que implican usuarios de los servicios de enseñanza para mejorar su rendimiento en una sola prueba neuropsicológica, a la provisión de programas integrales de remediación, utilizando cada vez más el aprendizaje computarizado (11). Los programas emplean una variedad de métodos, tales como ejercicios de entrenamiento y práctica, estrategias de enseñanza para mejorar la cognición, lo que sugiere estrategias compensatorias para reducir los efectos de las alteraciones persistentes y grupos de discusiones (9). Dado que el uso de estos métodos en el tratamiento de la esquizofrenia aún está en desarrollo, y los primeros estudios tuvieron resultados mixtos (12) se mantiene la incertidumbre en cuanto a qué técnicas se deben utilizar (10,13) y si los resultados son beneficiosos, tanto en términos de efectos sostenidos con el tiempo sobre la cognición y mejoras sobre el funcionamiento. Los informes de la combinación de terapia cognitiva con otras intervenciones psicosociales como el entrenamiento en habilidades sociales o intervenciones vocacionales tales como los programas de empleo con apoyo se han incrementado en la literatura.

La literatura del tema demuestra que el desarrollo y uso de programas de entrenamiento cognitivo se ha convertido en un componente clave en las estrategias de tratamiento de la enfermedad, sobre todo por lo siguiente:

- a) Existen numerosos estudios que demuestran que los déficits cognitivos son buenos indicadores para el diagnóstico clínico (14,15).
- b) Existe una relación entre las medidas de funcionamiento social, el empleo y el funcionamiento de la capacidad de vivir de forma independiente con el rendimiento cognitivo (16,17).
- c) Se ha demostrado que los déficits cognitivos pueden interferir y disminuir los resultados de diversos programas de intervención psicosociales tales como la formación de habilidades sociales, rehabilitación mediante

empleo y la terapia cognitiva para los síntomas persistentes en la esquizofrenia (18).

REHABILITACIÓN COGNITIVA EN LA ESQUIZOFRENIA

El entrenamiento cognitivo computarizado es un tema en auge y crecimiento. El número de artículos de investigación ha ido aumentando a lo largo de los años, al igual que las poblaciones a las que se aplica. También ha existido algunos autores y estudios que han generado dudas o controversias respecto a su aplicación y la transferencia de ganancias a largo plazo. Una declaración publicada en 2014 por más de 70 científicos (19) se oponían a la eficacia del entrenamiento cognitivo con ordenador (Computerized cognitive training: CCT). La declaración se centró en las afirmaciones comerciales de algunas compañías de que el uso de sus productos mejoraría los resultados diarios, revertiría el deterioro cognitivo y evitaría la demencia. Se afirmó que había evidencia empírica limitada de su eficacia. Sin embargo, en 2016, un grupo de 111 científicos emitieron su propia declaración. (20) cuestionando la declaración anterior y proporcionando una bibliografía contrastada. Esta respuesta revisó los resultados de los ensayos clínicos aleatorios en múltiples condiciones que examinaron los cambios en la cognición y el funcionamiento. Estos científicos concluyeron que había evidencia de beneficios asociados con la rehabilitación cognitiva con ordenador (en inglés CCT). Es importante destacar que la declaración de 2016 estuvo de acuerdo en que también existen afirmaciones no demostradas de beneficio cognitivo en algunos estudios. Las dos afirmaciones también acordaron que se necesita más investigación sobre la CCT y que esta no cura ni previene la enfermedad de Alzheimer.

Sobre la base de la investigación incluida en estas revisiones que generaron controversia cabe comentar que los autores parecen definir la rehabilitación cognitiva computerizada como una interacción humano-ordenador sin orientación ni apoyo y esta rehabilitación sola como intervención no es la estrategia típica dirigida a mejorar los resultados funcionales en poblaciones clínicas (como por ejemplo la esquizofrenia).

Los objetivos de la rehabilitación cognitiva computerizada en personas con esquizofrenia son mejorar la cognición y actuar como un complemento de otras intervenciones diseñadas para mejorar el funcionamiento diario (como por ejemplo el empleo). Muchas personas con esquizofrenia tienen déficits de habilidades que responden parcialmente a la capacitación en habilidades psicosociales (21). También se ha encontrado que estos déficits de habilidades se correlacionan con el rendimiento cognitivo y las medidas basadas en el rendimiento de la capacidad funcional (FC) (22).

McGurk et al. (23,24) informaron ensayos controlados aleatorios que compararon la rehabilitación vocacional basada en la evidencia, incluidos los que no respondieron al empleo con la estrategia Individual Placement and Support (IPS) utilizando el software Cogpack como el entrenamiento de un especialista cognitivo. El rendimiento cognitivo mejoró en el grupo de rehabilitación cognitiva (RC) en comparación con el grupo IPS solo, con mejoras significativas en la velocidad de procesamiento / funcionamiento ejecutivo, la memoria episódica y la puntuación cognitiva general. La adquisición de empleo, el tiempo dedicado a trabajar y los ingresos obtenidos fueron mayores en el grupo de RC. Por lo tanto, la RC mejoró el rendimiento cognitivo, fue superior a la estrategia IPS sola.

Se han realizado varios metaanálisis de la eficacia de la TCC y la RC en la esquizofrenia. El primero se publicó en 2007 (25), incluyendo 1151 sujetos en 26 ensayos controlados aleatorios con índices cognitivos definidos por MATRICS. Los resultados indicaron un tamaño de efecto moderado (d de Cohen = 0,41) en el rendimiento cognitivo sin suficiente heterogeneidad para explorar los posibles moderadores de los efectos cognitivos. Un metaanálisis más grande posterior (26) examinó a 2104 pacientes que participaron en 40 estudios. El metaanálisis incluyó estudios que utilizaron intervenciones informatizadas y no informatizadas sin efecto moderador estadísticamente significativo. El 25% de los estudios tenían una evaluación de seguimiento de la cognición y el funcionamiento después del final del tratamiento. Entre los hallazgos principales de esta revisión se encontró que había un efecto moderado estadísticamente significativo para la transferencia a la cognición global ($d = 0,45$ de Cohen), con una transferencia significativa al funcionamiento diario al final de los estudios ($d = 0,42$ de Cohen). En el seguimiento, se encontró que las ganancias cognitivas eran persistentes (d de Cohen = 0,43), al igual que las ganancias funcionales (d de Cohen = 0,37). Las ganancias funcionales se limitaron generalmente a los estudios con intervenciones psicosociales. Es importante destacar que la calidad metodológica de los estudios y las estimaciones del tamaño del efecto sobre la cognición y el funcionamiento diario no difirieron entre los estudios con mayor y menor riesgo de sesgo.

Las dos metaanálisis (25,26) informaron que el efecto de la terapia de rehabilitación cognitiva es significativamente mayor cuando se lleva a cabo en conjunto con otros tipos de rehabilitación psiquiátrica.

Se han publicado varias revisiones de la investigación sobre la rehabilitación cognitiva en esquizofrenia (27-30). Las conclusiones de estas revisiones han sido que la remediación cognitiva conduce a mejoras modestas en el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas, pero no tiene impacto en los resultados funcionales. Sin embargo, estas revisiones se limitaron por el número relativamente pequeño de estudios que en realidad mide el funcionamiento psicosocial, lo que impide

cualquier conclusión definitiva sobre los efectos de la rehabilitación cognitiva en el ajuste psicosocial o en la identificación de programas con características que pueden contribuir a tales efectos.

Los resultados de los estudios publicados sobre el modelo IPS, muestran una sólida evidencia de las ventajas de este acercamiento para proveer de forma rápida empleos competitivos a las personas con trastornos mentales graves y persistentes. Frente a la atención tradicional o las estrategias de entrenamiento prevocacional (en cualquiera de sus variantes), el IPS se muestra como el acercamiento al apoyo de empleo más efectivo en la probabilidad de lograr empleos competitivos en contextos integrados y comunitarios y recibiendo un salario de acuerdo al mercado laboral. Sin embargo, las personas con enfermedad mental grave que están tratando de mejorar sus perspectivas de empleo, a menudo, se ven obstaculizadas debido a las dificultades encontradas a través de las habilidades cognitivas, tales como prestar atención o concentrarse, aprender y recordar información, responder en un plazo razonable de tiempo a las demandas, problemas en la planificación o en la resolución de problemas.

Los hallazgos sugieren que las intervenciones en mejora cognitiva pueden reducir los deterioros cognitivos que son obstáculos para el empleo, lo que puede aumentar el número de personas que puede beneficiarse de los programas de empleo con apoyo. Entre las personas que están trabajando, los que tienen el funcionamiento cognitivo más pobre (por ejemplo, un deterioro en las funciones ejecutivas) tienden a tener peor rendimiento en el trabajo (31-33) y por lo tanto son más vulnerables a perder sus puestos de trabajo.

Por otra parte, el deterioro de la función cognitiva también es predictivo de mayores dificultades para obtener y mantener un empleo competitivo en personas que están recibiendo servicios de rehabilitación profesional (18,34,35), incluyendo los basados en la evidencia de empleo con apoyo con el modelo IPS (17,36,37).

Para hacer frente a la aparente contribución de la alteración de la función cognitiva con un mal funcionamiento del empleo en las personas con enfermedad mental grave, las intervenciones se están dirigiendo a mejorar el funcionamiento cognitivo a través de una combinación de ambos métodos (38).

Varios estudios con diferentes programas de rehabilitación cognitiva se han centrado en el estudio del impacto de la rehabilitación cognitiva en los resultados laborales (9, 17,23,24,39-41). Los estudios que han analizado la asociación de rehabilitación cognitiva con empleo proveen resultados prometedores, pero a pesar de los buenos resultados, hay que tener en cuenta que existe una gran heterogeneidad en las características de estos mismos estudios, en la duración de los programas de intervención, la metodología empleada, las medidas de valoración de resultados e incluso de la nomenclatura utilizada. A esto se añadiría que, en

muchas investigaciones, el tamaño de muestra es pequeño o se incluyen una combinación de estrategias múltiples e incluso sujetos con diferentes características, que dificultan el análisis del impacto de cada programa y de sus componentes.

Otro aspecto a tener en cuenta es el tiempo de seguimiento. Parece que con el tiempo se modifican los resultados obtenidos a favor de las personas que reciben rehabilitación cognitiva. Serían necesarios, por tanto, mayor cantidad de estudios homogéneos y tamaños de muestra superiores en los mismos con tiempos de seguimientos más largos. Esto facilitaría estimar consistentemente la validez de cada método de intervención propuesto, así como orientar la actuación en la práctica clínica diaria y la creación de tratamientos efectivos dirigidos a una población específica de tratamiento.

En un estudio realizado en Hong Kong (42) publicado en 2015 analizaron si el entrenamiento cognitivo en un grupo de 90 personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo mejoraba los resultados de empleo. Aleatorizaron todas las personas en dos grupos, uno que recibía apoyo al empleo con la metodología IPS más rehabilitación cognitiva y otro solo apoyo al empleo con IPS. Hicieron un seguimiento de las evaluaciones y los resultados vocacionales, clínicos, psicológicos y neurocognitivos obtenidos en ambos grupos. Encontraron resultados similares en los dos grupos después de un seguimiento de 7 y 11 meses. Sin embargo, un dato que llamó la atención fue que con el tiempo los resultados se inclinaban favorablemente al grupo que recibió rehabilitación cognitiva.

En Dinamarca (43) con 750 pacientes con enfermedad mental grave se asignaron tres grupos de estudio: un grupo con metodología IPS, otro grupo con metodología IPS más rehabilitación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales y un último grupo que pertenecía a servicios usuales. Observaron los resultados obtenidos en los tres grupos en días para encontrar el primer empleo, salario, síntomas, nivel funcional, autoestima y autoeficacia después de un seguimiento de 18 meses y más adelante fue registrado los resultados de 30 y 60 meses. El grupo de IPS y el de IPS más rehabilitación cognitiva fue los que obtuvieron mejores resultados.

En un estudio de McGurk del año 2015, utilizando ejercicios cognitivos por ordenador (23), participaron 107 personas con trastorno mental grave que no habían conseguido o no habían mantenido un empleo ordinario a pesar de estar en un equipo con alta fidelidad a la escala IPS de empleo con apoyo. Las personas de este estudio fueron aleatorizadas en dos grupos: un grupo de empleo con apoyo mejorado (con especialistas en entrenamiento cognitivo) y otro con empleo con apoyo mejorado además de tener ejercicios cognitivos con el ordenador y enseñanza de estrategias compensatorias. Los asistentes de la investigación hicieron un seguimiento semanal de los resultados del empleo durante 2 años y los evaluadores cognitivos estaban cegados a la asignación del grupo de tratamiento. Se evaluó el

funcionamiento cognitivo al inicio y al final del estudio (a los 12 meses y los 24 meses después de la línea base). Los participantes del grupo que recibieron tratamiento cognitivo más estrategias de afrontamiento obtuvieron mejores resultados en el empleo, como el número de empleos obtenidos (60% vs 36%), las semanas trabajadas (23,9% vs 9,2%), y el salario (3,421 vs \$1,728).

McGurk publicó en 2016 un estudio (24) en el que participaron 54 personas con enfermedad mental que no se habían beneficiado de los servicios vocacionales. Aleatorizó dos grupos: uno que recibió rehabilitación vocacional (N=26) y otro que a parte de la rehabilitación vocacional recibió rehabilitación cognitiva (N=28). Realizó una evaluación cognitiva y de sintomatología desde la línea base, a los 9 meses y a los 18 meses. Las personas que recibieron rehabilitación cognitiva mejoraron a los 9 meses, aunque a los 18 meses se atenuaron las mejoras. No encontraron diferencias significativas en cuanto a trabajo competitivo (57% y 48%) pero si encontraron diferencias significativas en semanas trabajadas (23.04 vs 48.82 $p=0.051$).

También se ha publicado un meta-análisis reciente (44) en el que analizaron nueve estudios publicados entre 2005 y 2014 con 740 pacientes. Encontraron que las personas que recibían rehabilitación cognitiva conseguían un 20% más de empleo, trabajaban en un año más de 19,5 días y ganaban más salario que aquellos que no habían recibido rehabilitación cognitiva.

ESTUDIO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA Y EMPLEO EN TENERIFE

Nuestro grupo de trabajo llevó a cabo un estudio (45) para analizar e investigar que influencia tenía el uso de un programa de rehabilitación cognitiva en personas con enfermedad mental que usaban la metodología IPS, pero habían tenido dificultades en el empleo. Nuestra idea era potenciar la estrategia IPS con rehabilitación cognitiva siempre en colaboración con los equipos comunitarios de salud mental de la isla de Tenerife, además de que las personas continuaban con su tratamiento farmacológico y su programación psicosocial para personas con trastornos mentales graves.

Grupos de estudio

El tiempo de seguimiento para la recopilación de los datos fue de 2013 a 2014. Los psiquiatras que pertenecían a los equipos de salud mental comunitaria derivaron a las personas al estudio. Los participantes, para ser admitidos, tenían que: 1) cumplir con las definiciones estatales de enfermedad mental grave (SMI), que incluye trastornos psicóticos con un diagnóstico CIE-10 (46) (F20-

29;F31-F32.3); 2) tenían que tener dificultades previas para mantener un trabajo competitivo; 3) actualmente deseaban tener un empleo competitivo y 4) aceptaron un seguimiento del proceso de búsqueda de empleo con su técnico de IPS.

Al principio del estudio se explicó a todos los participantes que el total de sesiones de rehabilitación eran 32 y que requerían 60 minutos para completar cada una de ellas. Los ejercicios cognitivos fueron realizados con un ordenador usando el programa Cogpack (47) (versión 8.3, Marker Software). Los participantes generalmente completaron 1-2 sesiones por semana. Las pruebas fueron individualizadas con ejercicios de entrenamiento y con diferentes niveles de dificultad.

Inicialmente, 65 participantes cumplieron los criterios de inclusión, pero solo 57 proporcionaron el consentimiento informado y completaron la línea de base. Finalmente, 47 son los participantes que fueron analizados hasta el final del estudio debido a las pérdidas de seguimiento.

Se usó un programa de ordenador para aleatorización de las personas al estudio. Los grupos del estudio se dividieron en un grupo con rehabilitación cognitiva más IPS y otro con solo IPS. La estrategia IPS era igual en ambos grupos. Los individuos fueron asignados aleatoriamente al grupo con empleo con apoyo con IPS (N = 29) y el grupo de IPS con rehabilitación cognitiva (N = 28).

Se evaluó la neurocognición al inicio del estudio y en una evaluación posterior a la intervención (a los 8 y 12 meses después de la aleatorización).

Los participantes del estudio no fueron remunerados por completar las evaluaciones y se recopiló previo al estudio los datos laborales de trabajo competitivo para comparar los resultados del empleo 12 meses después.

Se llevó a cabo una evaluación de la fidelidad del programa IPS en ambos grupos que se llevó a cabo con la Escala de Fidelidad de Empleo con Apoyo (48) por un psicólogo independiente del estudio. Se entrevistó a usuarios de servicios, trabajadores de IPS y psiquiatras y se evaluó la estructura del programa en 3 dominios principales: dotación de personal, organización y servicios. Esta escala contiene 15 elementos, cada uno con 5 opciones. El puntaje final oscila entre 0 y un máximo de 75 puntos. La implementación del programa se clasifica como buena si el puntaje varía entre 66 y 75, es aceptable si varía entre 56 y 65 y no es compatible si es menor a 56 puntos. El puntaje final que se obtuvo fue de 66 puntos sobre el máximo de 75 puntos.

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

Los diagnósticos psiquiátricos y la información de antecedentes como el nivel educativo y otras características demográficas se obtuvieron de los participantes del estudio y de las entrevistas basadas en los criterios CIE-10 (46) (versión

española de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados) y el historial de empleo con la información del empleo anterior.

Las evaluaciones cognitivas se realizaron al inicio del estudio y a los 8 y 12 meses después, coincidiendo con el final del programa de rehabilitación cognitiva.

Se utilizó la prueba MEC35 para descartar una lesión cerebral (49). La atención se midió con Digit Span (50) (Wechsler Adult Intelligence Scale-R), velocidad psicomotora con Trail Making Test (51) (Parte A); funcionamiento ejecutivo con la prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin tanto categorías como errores perseverativos (52) y Trail Making Test (51) (Parte B); velocidad de procesamiento de información con la Prueba de Sustitución de Símbolo de Dígito (DSST) de Wechsler Adult Intelligence Scale-R (50); y aprendizaje verbal y memoria con la prueba de aprendizaje verbal Rey Auditory (53)(RAVLT). La sintomatología fue evaluada al inicio y al final del estudio en ambas muestras por PANSS(54) (escala de síndromes positivos y negativos).

INTERVENCIÓN

Los participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir apoyo al empleo (grupo IPS) o apoyo al empleo con rehabilitación cognitiva (grupo CR + IPS). No había cegamiento en el estudio ya que la persona que aplicaba la rehabilitación conocía al grupo que estaba haciendo la intervención. Se usó el programa de entrenamiento COGPACK, versión 8.3 (47). Las sesiones con los participantes se individualizaron con diferentes opciones adaptando los niveles, con una evaluación de los resultados obtenidos, haciendo cambios y añadiendo tareas según la evolución individual. El programa incluye 64 programas de prueba y entrenamiento con 537 conjuntos de tareas diferentes. En cuanto a las sesiones de rehabilitación cognitiva, se realizaron un total de 32 sesiones. Las tareas se seleccionaron individualmente, en función de los resultados obtenidos con la medición de la batería de pruebas de referencia más los resultados que analizamos con las primeras 6 sesiones que se tomaron como práctica general de los ejercicios cognitivos. El equipo de IPS se enfocó en el empleo competitivo (55). El equipo tiene 5 técnicos especialistas en empleo con una carga de 25 usuarios por técnico, que buscaron empleo a estas 47 personas. Había más personas que estaban buscando empleo que no quisieron participar en el estudio, no firmaron el consentimiento o no cumplían con los criterios del estudio.

El grupo de rehabilitación cognitiva asistió a sesiones de rehabilitación cognitiva con el programa Cogpack todas las semanas durante 4 meses (32 sesiones).

La mayoría de los participantes realizaron dos sesiones de rehabilitación de una hora y media por semana. El software proporcionó puntuaciones que reflejaban la precisión, la velocidad y el rendimiento de cada ejercicio. Se realizó un registro individual de cada sesión para reforzar la mejora en la ejecución de los ejercicios. Durante las primeras seis sesiones se evaluó la ejecución de los diferentes niveles de los ejercicios. Se registraron en una hoja personal todos los ejercicios donde la persona podría necesitar más práctica para profundizar en ellos.

Los ejercicios se adaptaron individualmente a cada participante. A medida que las personas mejoraron en la ejecución de los ejercicios se aumentaban la dificultad en los mismos y se reforzaba la evolución lograda. Si un participante en el grupo de rehabilitación conseguía un trabajo, continuaba recibiendo intervención cognitiva adaptando la misma fuera del horario laboral que tuviera asignado. Se intentaba mantener la participación en el estudio a menos que voluntariamente lo quisieran abandonar. Para las evaluaciones posteriores de los participantes que obtuvieron un trabajo, se adaptó los horarios para que siempre se llevaran a cabo fuera del horario laboral.

El especialista en empleo hacía un seguimiento de forma continua e ilimitada de todo el proceso de búsqueda y durante el empleo. Se reunió con todos los participantes para planificar la búsqueda de trabajo de acuerdo con sus preferencias laborales. Si un participante del grupo de rehabilitación cognitiva conseguía un trabajo, el especialista en empleo seguiría la evolución de la personas en la empresa y también se realizaría el plan vocacional con el equipo de tratamiento. Se realizó un apoyo y seguimiento (por teléfono / en persona) con el cliente y su familia si conseguían algún trabajo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las características demográficas, los diagnósticos, el historial laboral, el funcionamiento cognitivo inicial y la psicopatología inicial se utilizaron mediante pruebas T (para variables continuas) y U-test de Mann Whitney. Se utilizó un análisis de medidas repetidas (RM-ANOVA) para estudiar los cambios en la evolución de la funcionalidad cognitiva y los resultados del trabajo en los dos grupos durante el período de tiempo considerado, a excepción de las tasas de empleo, donde se utilizó una regresión logística. Se han calculado los tamaños del efecto de Cohen (56), d ($d < 0.4$, pequeño, $0.4 < d < 0.8$ moderado, $0.8 < d < 1.2$, grande y $d > 1.2$ enorme). El nivel de significación se estableció en 0.05 para todos los análisis y se realizó el ajuste de Bonferroni.

RESULTADOS

Los grupos no difirieron en las medidas demográficas, diagnósticas o cognitivas al inicio del estudio (Tabla 1) sin interacciones entre el trastorno por consumo de drogas y el diagnóstico. La muestra está principalmente formada por hombres, solteros, entre 36-45 años, con estudios elementales y sin abuso de sustancia. Mayoritariamente eran personas con experiencia psicótica (87% grupo IPS F20-29 y un 13% F31-F32.3)

Veintiuno de los 23 participantes (91,3%) que finalmente se encontraban en el grupo CR + IPS completaron seis o más sesiones de entrenamiento Cogpack y se clasificaron como “expuestos al tratamiento”. Los participantes expuestos al tratamiento completaron un promedio de 21,05 (desviación estándar = 11,1) sesiones.

Los grupos fueron inicialmente homogéneos. En la tabla 2 se puede observar que hubo una mejora significativamente mayor del grupo con RC+IPS en la prueba inversa de Dígitos ($p = 0.032$), WCST ($p = 0.038$) y en aprendizaje verbal ($p < 0.001$) que los usuarios con solo IPS.

A lo largo de todo el estudio, la sintomatología se midió en ambos grupos (Tabla 3). Además, se controló el número de recaídas y hospitalizaciones que tuvo cada participante durante el período de estudio sin diferencias significativas.

El número de trabajos competitivos y las horas trabajadas se analizaron entre los dos grupos 6 meses antes de la intervención, 8 y 12 meses después para comparar la evolución en los resultados (Tabla 4). No se encontraron diferencias estadísticas, pero aparecieron diferencias sorprendentes entre los dos grupos. Primero, 6 meses antes del estudio, el grupo de remediación cognitiva tuvo peores resultados (RC+IPS=0.22 vs IPS=0.31). Sin embargo, durante el período de seguimiento después de la intervención, el grupo con programa de rehabilitación cognitiva mejoró sus resultados. Antes del estudio, ambos grupos tuvieron los mismos resultados en horas trabajadas pero un año después del estudio el grupo CR + IPS tuvo más horas trabajadas que el grupo con solo IPS (37.2 vs 26.71, $p = 0.023$).

Se analizaron también las tasas acumuladas de trabajo. El grupo CR + IPS trabajaron en un porcentaje mayor a los 8 y 12 meses del estudio (52.2% y 60.9% respectivamente) que el de solo IPS (29.2% y 37.5% respectivamente) ($p = 0.025$) siendo la evolución en el tiempo en ambos grupos similar ($p = 0.998$). Al año de seguimiento, el número promedio de trabajos por usuario fue de 0.52 (SD 0.66) en el grupo CR + IPS versus 0.29 (SD 0.49) en el IPS solo, no mostrando diferencias estadísticas significativas ($p = 0.239$).

TABLA I

Diferencias sociodemográficas entre los dos grupos de estudio.

	Grupo 1 RC+IPS		Grupo 2 IPS		<i>p</i>
	(N = 23)		(N = 24)		
	N	%	N	%	
Género					0,680
Hombres	15	65	17	71	
Mujeres	8	35	7	29	
Estado civil					0,555
Solteros	22	96	20	83	
Casados	1	4	4	17	
Edad					0,185
18 -35	9	39	7	29	
36 – 45	12	52	11	46	
46 - 65	2	9	6	25	
Diagnóstico					0,344
Esquizofrenia	17	74	18	75	
Trastorno bipolar	2	9	5	21	
Trastorno personalidad	3	13	1	4	
Depresión	1	4	-	-	
Nivel Educativo					0,881
Primarios	14	61	15	63	
Medios	8	35	8	33	
Superiores	1	4	1	4	
Consumos tóxicos					0,083
Actualmente Sí	2	9	-	-	
Actualmente No	21	91	21	88	
Pasado Sí	-	-	3	12	
Problemas médicos					0,474
Diabetes	1	4	-	-	
Hepatitis C	-	-	1	4	
Otros	3	13	5	21	
No	19	83	18	75	

TABLA 2

Resultados en las variables cognitivas a través del ANCOVA.

Instrumento	Tiempo	Grupo 1 RC + IPS		Grupo 2 IPS		F-Test	df	p
		Media	(SD)	Media	(SD)			
MEC 35								
	Inicio	31,09	(3,63)	31,46	(3,51)			
	8 meses	32,22	(1,88)	32,17	(1,58)			
	1 año	32,43	(1,53)	32,17	(1,86)	1,763	2;44	0,805
Trazado								
A	Inicio	39,96	(11,82)	43,79	(15,42)			
	8 meses	38,29	(11,53)	42,64	(14,90)			
	1 año	36,08	(10,79)	41,36	(14,78)	0,256	2;44	0,775
B	Inicio	114,09	(73,51)	128,55	(69,41)			
	8 meses	88,20	(50,00)	116,69	(59,45)			
	1 año	85,17	(46,76)	109,35	(59,17)	0,622	2;44	0,542
Dígitos								
Directo	Inicio	5,83	(1,03)	5,71	(1,00)			
	8 meses	6,09	(1,08)	5,71	(1,08)			
	1 año	6,43	(1,20)	5,71	(1,04)	2,544	2;44	0,090
Inverso	Inicio	3,96	(1,11)	3,79	(1,35)			
	8 meses	4,04	(1,15)	3,67	(1,17)			
	1 año	4,65	(1,23)	3,79	(1,14)	3,744	2,44	0,032
Símbolos								
	Inicio	40,61	(13,81)	37,33	(12,44)			
	8 meses	39,63	(10,72)	39,54	(12,40)			
	1 año	40,52	(8,12)	39,50	(11,97)	1,054	2;44	0,357
Wisconsin (WCST)								
Categorías	Inicio	4,74	(1,66)	5,04	(1,43)			
	8 meses	5,48	(1,08)	5,58	(0,83)			
	1 año	5,78	(0,85)	5,50	(1,06)	3,527	2;44	0,038
% Error perseverativos	Inicio	32,13	(18,46)	24,85	(16,58)			

Instrumento	Tiempo	Grupo 1 RC + IPS		Grupo 2 IPS		F-Test	df	p
		Media	(SD)	Media	(SD)			
% Error perseverativos	8 meses	24,93	(13,30)	21,86	(11,08)			
	1 año	20,29	(14,65)	18,65	(10,08)	0,868	2;44	0,427
Test del rey								
Intentos	Inicio	36,91	(11,15)	36,00	(8,32)			
	8 meses	46,22	(8,38)	36,33	(8,19)			
	1 año	48,65	(5,77)	36,29	(8,70)	11,377	2;44	<0,001
Recuerdo Demorado	Inicio	8,00	(4,84)	6,50	(2,90)			
	8 meses	9,09	(3,80)	6,92	(2,84)			
	1 año	9,39	(3,61)	6,96	(2,93)	0,583	2;44	0,563
Stroop								
	Inicio	1,87	(7,92)	0,73	(6,53)			
	8 meses	6,72	(7,50)	4,69	(10,39)			
	1 año	6,02	(8,08)	2,97	(6,43)	0,308	2;44	0,737
Inhibición								
	Inicio	21,38	(16,41)	21,29	(17,21)			
	8 meses	16,99	(9,72)	21,83	(16,24)			
	1 año	16,73	(7,03)	19,23	(12,62)	1,128	2;44	0,333
Flexibilidad								
	Inicio	39,24	(21,05)	45,02	(31,12)			
	8 meses	36,07	(20,92)	40,96	(27,23)			
	1 año	33,20	(16,34)	41,56	(25,37)	0,692	2;44	0,506

TABLA 3
Evaluación de la sintomatología.

PANNS	Tiempo	Grupo 1 (RC+IPS)		Grupo 2 (IPS)		F-Test	df	p
		Media	(SD)	Media	(SD)			
Positiva	Línea base	12,17	(4,26)	12,25	(6,78)			
	8 meses	9,87	(3,93)	11,17	(6,01)			
	1 año	9,61	(3,93)	10,42	(5,20)	0,671	2;44	0,516
Negativa	Línea base	12,74	(9,29)	14,37	(9,30)			
	8 meses	10,65	(5,54)	12,96	(6,26)			
	1 año	10,61	(5,52)	11,12	(5,26)	0,431	2;44	0,653
Psicopatología	Línea base	27,65	(14,61)	29,75	(11,12)			
	8 meses	24,52	(10,89)	27,92	(11,41)			
	1 año	23,74	(9,89)	26,37	(10,40)	0,273	2;44	0,762

TABLA 4
Resultados laborales entre los dos grupos.

	8 Meses				1 año			
	Grupo 1 RC+IPS (N=23)	Grupo 2 IPS (N=24)	Mann- Whitney U-test	p	Grupo 1 RC+IPS (N=23)	Grupo 2 IPS (N=24)	Mann- Whitney U-test	p
Total empleos	0,39 (0,66)	0,17 (0,38)	234,0	0,225	0,52 (0,66)	0,29 (0,46)	229,5	0,239
Horas trabajadas semanales	32,86 (8,09)	32,00 (9,24)	13,000	0,842	37,2 (3,42)	26,71 (10,95)	12,500	0,023
Salario/hora	5,04 (0,53)	4,93 (0,54)	9,000	0,412	5,45 (0,52)	4,89 (1,23)	18,500	0,109

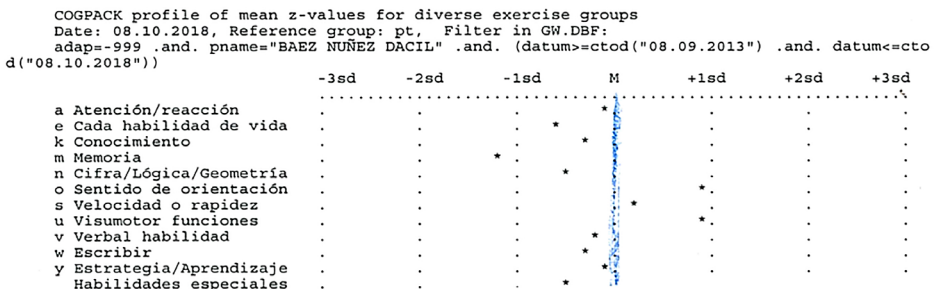
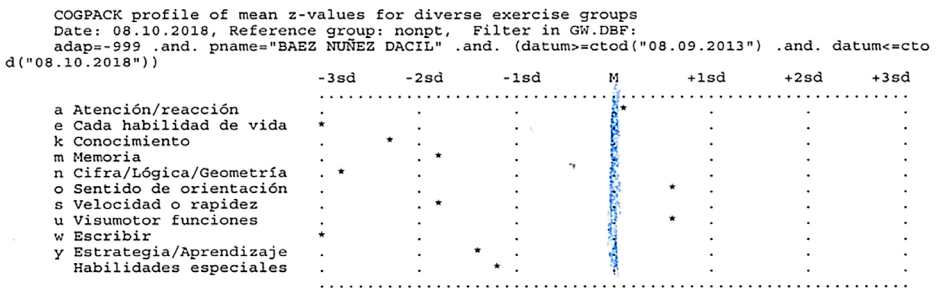
EJEMPLO DE REGISTRO DE UN CASO

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide
 Perceptora de Pensión no contributiva
 Soltera
 Edad 39 años
 Formación académica FPI
 Nº de Ingresos 1
 Edad de aparición de la enfermedad (20 años)
 Puestos desempeñados: Limpiadora
 Contratos temporales a jornada parcial desde 2012 hasta la actualidad con una duración media de menos de 6 meses.
 Recibe 32 sesiones de Rehabilitación cognitiva con cogpack
 Desde 2015 hasta 2018 trabaja a jornada completa de limpiadora
 Desde 2019-2020 trabaja a jornada complete en otra empresa diferente

EVOLUCIÓN DE LAS SESIONES CON EL PROGRAMA COGPACK

En la imagen que se presenta se puede ver el inicio y el final de las sesiones. Son medias que aparecen registradas el programa.

La línea azul representa la media y se puede apreciar cómo las diferentes capacidades medidas por el programa estaban en su mayoría debajo de la media y al final de todas las sesiones aparecen todas más cerca de la línea media incluso algunas por encima.



DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo investigar los efectos sinérgicos de la rehabilitación cognitiva (RC) con la estrategia IPS en el logro del empleo competitivo, para las personas que viven en Tenerife y que padecen esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar con historia de dificultades laborales. Mientras que el grupo CR + IPS demostraron mejoras sostenidas en los resultados vocacionales y neurocognitivos, se evidencia también en este estudio que la remediación cognitiva facilita mejoras en determinados dominios más allá de las ganancias asociadas con el programa IPS solo. Se usó, como en otros estudios, el programa COGPACK. Este programa se ha utilizado en varias investigaciones para estudiar el impacto de la rehabilitación cognitiva en los resultados del empleo (9,17,23,24).

Los participantes de nuestro estudio, con el programa Cogpack demostraron mejoras significativas en varias áreas del funcionamiento cognitivo, incluido el aprendizaje verbal y la memoria y el funcionamiento ejecutivo. Las mejoras en estas áreas de funcionamiento y su magnitud son coherentes con otros estudios de rehabilitación vocacional y corrección cognitiva utilizando el software COGPACK. Lindenmayer et al (57) encontró que el 51% de su muestra obtuvo un empleo durante el seguimiento de 12 meses, en comparación con el 35% de los 31 pacientes inicialmente desempleados en el grupo control aunque no fue una diferencia estadísticamente significativa. Los pacientes que recibieron remediación cognitiva trabajaron significativamente más semanas que los pacientes en el grupo de control y mostraron una tendencia a trabajar más horas y ganar más salarios. En ese estudio, los pacientes asignados a remediación cognitiva demostraron mejoras significativamente mayores en el rendimiento cognitivo global, el aprendizaje y la memoria, y la velocidad psicomotora que los pacientes que recibieron los servicios habituales. Por lo tanto, los efectos de la remediación cognitiva sobre el funcionamiento cognitivo con la ayuda de COGPACK fueron similares entre las dos muestras de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los dominios específicos del rendimiento cognitivo que se mejoraron entre los pacientes que recibieron remediación cognitiva incluyeron atención y velocidad psicomotora y aprendizaje, con una tendencia estadísticamente significativa ($p = .05$) para el rendimiento cognitivo general, mientras que los efectos no se encontraron para el funcionamiento ejecutivo o la memoria. Cook y cols (58), en un estudio multicéntrico presentó los resultados acumulados durante 24 meses y encontró que los participantes del grupo experimental (359/648 [55%]) tenían más probabilidades que los de los programas de comparación (210/625 [34%]) de lograr un empleo competitivo ($P < .001$), con beneficios mayores en el resto de los resultados vocacionales.

Las ganancias obtenidas a los 8 meses del período de seguimiento se mejoraron aún más durante el período de seguimiento de 12 meses. Parece que el seguimiento

durante el tiempo del estudio mejoraba los resultados cognitivos. Estos resultados pueden sugerir que las áreas de habilidades cognitivas probablemente mejoran mientras se practiquen específicamente y cuanta más larga sea la rehabilitación puede producir también mejores resultados incluso sin aplicar más rehabilitación.

En la actualidad, sigue habiendo incertidumbre con respecto sobre qué técnicas se deben utilizar y si los resultados son beneficiosos, tanto en términos de efectos sostenidos en el tiempo sobre la cognición como de las mejoras en el rendimiento. En nuestra investigación, encontramos un gran tamaño del efecto en la memoria y variables de aprendizaje verbal. Las horas que se utilizaron para hacer la rehabilitación cognitiva son un aspecto que podría influir en los resultados. McGurk (25) encontró que las horas de entrenamiento cognitivo se relacionaban con mejoras en el aprendizaje verbal y la memoria cuando se analizaron estudios de rehabilitación cognitiva aleatorizados con 1,151 pacientes. Se sugirió que este dominio puede ser más sensible al método de aumentar el tiempo hasta la rehabilitación cognitiva. La mayoría de los participantes en el grupo de rehabilitación se sintieron mucho más ágiles haciendo los ejercicios y esto dio como resultado una mayor motivación y una mayor duración en las sesiones. Tal vez por esta razón, los resultados fueron tan buenos en la memoria y el dominio del aprendizaje verbal, que se asocia a las horas de rehabilitación cognitiva en algunos estudios.

Se deben considerar varias limitaciones importantes de nuestro estudio. La ausencia de un estándar aceptado para medir los cambios cognitivos en la esquizofrenia ha sido un gran obstáculo para aprobar el uso de tratamientos para mejorar la cognición. Una serie de posibles estudios futuros que utilizaran la misma configuración experimental es una de las iniciativas reciente para promover la estandarización de métodos de evaluación en la investigación, incluyendo una batería cognitiva estandarizada (MCCB) para evaluar las áreas cognitivas más relevantes (59). La limitación más importante radica en el hecho de que existe una gran variabilidad en los estudios de rehabilitación cognitiva (método, medidas, tamaños de muestra, seguimiento del tiempo) por lo que es difícil sacar conclusiones firmes. En particular, este estudio, además del pequeño tamaño de los grupos estudiados, puede verse severamente limitado por el sesgo de selección introducido debido a la alta tasa (17%) de rechazos. Sin embargo, esta tasa de rechazos fue similar en ambos grupos.

Los datos de nuestro estudio fueron recolectados en 2013 y solo se han examinado las diferentes medidas de los dominios cognitivos basados en la literatura previa de McGurk (9,17). También otro aspecto tener en cuenta es que, con un tamaño de muestra pequeño, se debe tener precaución, ya que los hallazgos podrían no ser transferibles para predecir resultados vocacionales. Otros factores como la motivación, la autoeficacia y la confianza en sí mismo de los participantes con sesiones cognitivas individuales también pueden haber contribuido

a mejores resultados en el grupo de CR + IPS. Se sugiere que la asociación de estos factores se pueda investigar en estudios futuros.

El porcentaje de participantes que consiguió un trabajo fue significativamente mayor en el grupo con CR (52% y 60,9% en el grupo de CR + IPS versus 29,2% y 37,5% en IPS solamente, a los 8 y 12 meses, respectivamente.

Los informes de combinaciones de remediación cognitiva con otras intervenciones (programa de empleo con apoyo, intervención psicosocial) han aumentado en la literatura pero todavía no hay consenso sobre cómo se deben usar las técnicas (60).

Se han realizado varios metaanálisis sobre la efectividad de la rehabilitación cognitiva y han demostrado un tamaño de efecto moderado a grande en los resultados cognitivos (61-65). Pero, en parte debido a la heterogeneidad y las dificultades para generalizar las mejoras cognitivas en otras áreas, es difícil determinar el método de intervención cognitiva más preciso y eficaz (66). Existe evidencia disponible de que la combinación de técnicas de rehabilitación cognitiva junto con otro tipo de tratamiento, como estar vinculado a una estrategia para conseguir un trabajo, es efectiva (67,68).

En nuestro país, los beneficios y servicios de dependencia están regulados oficialmente por una escala que otorga diferentes grados de dependencia (I-III) dependiendo de la gravedad y los cuidadores. Estos trabajos podrían establecer niveles de autonomía personal de acuerdo con las competencias cognitivas, lo que significaría un avance frente al sistema actual donde el componente motor tiene una mayor importancia. Finalmente, necesitamos más tiempo y más estudios para explorar estos resultados y su relación. También se necesita más investigación para determinar mejores intervenciones para ayudar a conseguir un trabajo o mantener un trabajo competitivo a las personas con psicosis.

CONCLUSIONES

El empleo con apoyo mediante la estrategia IPS junto al apoyo del equipo de la salud mental comunitario es efectivo para que las personas con psicosis puedan obtener un empleo con un salario de acuerdo con el mercado laboral. La combinación de IPS con remediación cognitiva puede ayudar a lograr este objetivo. El grupo de empleo con apoyo (IPS) más rehabilitación cognitiva consiguió más trabajos y trabajó más horas que el grupo con solo la estrategia IPS con diferencias significativas. Por tanto, se debe apostar por combinar otras intervenciones para mejorar y explorar todas las posibilidades de las intervenciones con IPS en un futuro.

Nuestros resultados sugieren que la rehabilitación cognitiva puede mejorar el funcionamiento de algunas variables cognitivas que juegan importancia en el desempeño laboral y que esto se puede ver reflejado en los resultados laborales a largo plazo.

Pese a que los resultados son prometedores, incluso en personas que han fracasado en el empleo con el modelo IPS, se necesitan más estudios para seguir profundizando en estos beneficios y sus asociaciones.

REFERENCIAS

- (1) Gold JM. Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2004; 72:21–28.
- (2) Green, M.F. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2006; 67 Suppl 9, 3-8: discussion 36-42.
- (3) National Collaborating Centre for Mental Health. *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care.* London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
- (4) Benedict, RHB. The effectiveness of cognitive remediation strategies for victims of traumatic head-injury: A review of the literature *Clinical Psychology Review*, 1989; Volume 9: 605-62.
- (5) Ericsson, K.A. y Hastie, R. Contemporary approaches to the study of thinking and problem solving. In: Steinberg, R.J. ed. *Thinking and Problem Solving.* San Diego, CA: Academic Press, 1994;37-82
- (6) Bellack, A.S., Gold, J.M. y Buchanan, R.W. Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 1999; 25(2), 257-274
- (7) Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK: Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 72:29–39.
- (8) Muñoz Céspedes, J.M., Tirapu Ustárroz, J. *Rehabilitación Neuropsicológica*, Madrid . Síntesis.2001
- (9) McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, et al. Cognitive training for supported employment: 2–3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164:437–441.
- (10) Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1999;25:291–307.
- (11) Galletly C.A, Clark C.R, MacFarlane A.C. Treating cognitive dysfunction in patients with schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2000; 25: 117-24.
- (12) Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. & Morgan, C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analyses of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 2002; 32, 763–782.
- (13) Van der Gaag M, Kern RS, van den Bosch RJ, Liberman RP. A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2002; 28:167–176
- (14) Moritz, S. & Woodward, T. S. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007; 20, 619-625
- (15) Reeder, C., Newton, E., Frangou, S. and Wykes, T. Which executive skills should we target to effect social functioning and symptom change? A study of a cognitive remediation therapy programme. *Schizophrenia Bulletin*, 2004;30, 87–100.

- (16) Reeder, C., Smedley, N., Butt, K., Bogner, D., & Wykes, T. Cognitive Predictors of Social Functioning Improvements Following Cognitive Remediation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; 32 (Suppl 1), S123-131.
- (17) McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005; 31:898–909.
- (18) Bell, M., Berson, G. Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement?. *Schizophr. Bull.* 2001;27:269–279.
- (19) Max Planck Institute for Human Development and Stanford Center on Longevity (2014): A consensus on the brain training industry from the scientific community (full statement). Available at: <http://longevity.stanford.edu/a-consensus-on-the-brain-training-industry-from-the-scientific-community-2>. Accessed July 5, 2018.
- (20) Cognitive Training Data. The controversy. Available at: <http://www.cognitivetrainingdata.org>. Accessed July 5, 2018.
- (21) Patterson T, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): A pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychiatric disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11:17–23.
- (22) Harvey PD, Raykov T, Twamley EM, Vella L, Heaton RK, Patterson TL. Validating the measurement of real-world functional outcomes: Phase I results of the VALERO study. *Am J Psychiatry*, 2011; 168: 1195–1201.
- (23) McGurk SR, Mueser KT, Xie H, Welsh J, Kaiser S, Drake RE, et al. Cognitive enhancement treatment for people with mental illness who do not respond to supported employment: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 2015; 172:852–861.
- (24) McGurk SR, Mueser KT, Xie H, Feldman K, Shaya Y, Klein L, Wolfe R. Cognitive remediation for vocational rehabilitation non-responders. *Schizophr Res*, 2016; 175:48–56.
- (25) McGurk SR, Twamley EW, Sitzer D, McHugo G, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2007; 164:1791–1802.
- (26) Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*, 2011; 168:472–485.
- (27) Krabbendam L, Aleman A: Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 2003; 169:376–382.
- (28) Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2001; 11(4):197–210.
- (29) Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS: A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003; 29:359–382
- (30) Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med.* 2002; 32(5):783–791.
- (31) Bryson, G., Bell, M.D. Initial and final work performance in schizophrenia: cognitive and symptom predictors. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2003; 191, 87–92.

- (32) Lysaker, P.H., Bell, M.D., Goulet, J.L. The Wisconsin card sorting test and work performance in schizophrenia. *Psychiatry Res.*, 1995; 56, 45–51.
- (33) Lystad, J.U., Falkum, E., Haaland, V.Ø., Bull, H., Evensen, S., Bell, M.D., Ueland, T. Neurocognition and occupational functioning in schizophrenia spectrum disorders: the MATRICS consensus cognitive battery (MCCB) and workplace assessments. *Schizophr. Res.* 2016; 170, 143–149
- (34) Gold, J.M., Goldberg, R.W., McNary, S.W., Dixon, L.B., Lehman, A.F. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am. J. Psychiatry.*, 2002; 159, 1395–1402.
- (35) Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M., Hirsbrunner, H.P. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2003; 38, 76–82.
- (36) McGurk, S.R., Mueser, K.T., Haravey, P.D., Lapugua, R., Marder J. Cognitive and Symptom Predictors of Work Outcomes for Clients with Schizophrenia in Supported Employment. *Psychiatr. Serv.*, 2003; 54(8):119-35.
- (37) Allott, K.A., Cotton, S.M., Chinnery, G.L., Baksheev, G.N., Massey, J., Sun, P., Collins, Z., Barlow, E., Broussard, C., Wahid, T., Proffitt, T.M., Jackson, H.J., Killackey, E.. The relative contribution of neurocognition and social cognition to 6-month vocational outcomes following individual placement and support in first-episode psychosis. *Schizophr. Res.*, 2013; 150, 136–143.
- (38) McGurk, S.R., Mueser, K.T., Covell, N.H., Cicerone, K.D., Drake, R.E., Silverstein, S.M., Medalia, A., Myers, R., Bellack, A.S., Bell, M.D., Essock, S.M. Mental health system funding of cognitive enhancement interventions for schizophrenia: summary and update of the New York Office of Mental Health Expert Panel and Stakeholder Meeting. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2013; 36, 133–145.
- (39) Bell, M.D., Bryson, G.J., Greig, T.C., Fiszdon, J.M., Wexler, B.E. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. *J. Rehabil. Res. Dev.*, 2005; 42, 829–838.
- (40) Bell, M.D., Fiszdon, J., Greig, T., Wexler, B.E., Bryson, G.J. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. *J. Rehabil. Res. Dev.*, 2007; 44, 761–770.
- (41) Bell, M.D., Choi, K.-H., Dyer, C., Wexler, B.E. Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. *Psychiatr. Serv.*, 2014; 65, 469–475.
- (42) Au, D., Tsang, H.W., So, W.W. et al. Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*, 2015, Volume 166, Issue 1, 297 – 303.
- (43) Nordahl, T., Gammelgaard, I., Stenager, E. et al. Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2015; 16:280.
- (44) Chan, J.Y., Hirai, H.W., Tsoi, K.K. Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. *J. Psychiatr. Res.*, 2015; 68, 293–300.

- (45) Rodríguez Pulido, f, Caballero Estebaranz, N, González Dávila, E & Melián Cartaya, M.J. Cognitive remediation to improve the vocational outcomes of people with severe mental illness, *Neuropsychological rehabilitation*, 2019. doi: 10.1080/09602011.2019.1692671
- (46) World Health Organization. *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor. 1992.
- (47) Marker, K. R. (1987-2012) COGPACK. The Cognitive Training Package Manual. Marker software: Heidelberg & Ladenburg. 1987.
- (48) Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E. & Vogler, K. M. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation and Counselling Bulletin*, 1997;40, 265-284.
- (49) Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día J. L., De la Cámara, C., Ventura, T., ..., Aznar, S. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc.)*, 1999;112, 767-774.
- (50) Wechsler, D. *Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich. 1981.
- (51) Reitan, R. M. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 1958; 8, 271-6.
- (52) Grant, D.A. y Berg, E.A.A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigel-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 404-411.
- (53) Rey, A.. *Test de copia de la figura compleja*. Madrid: TEA. 1987.
- (54) Kay S.R., Opler, L. A. & Fiszbein, A.. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.*, 1987;13, 261-276.
- (55) Bond, G. R.. Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998; 22(1), 11-23
- (56) Cohen J.. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
- (57) Lindenmayer, J. P., McGurk, S. R., Mueser, K. T., Khan, A., Wance, D., Hoffman, L., Xie, H.. A randomized controlled trial of cognitive remediation among inpatients with persistent mental illness. *Psychiatr Serv.*, 2008;59(3), 241-7.
- (58) Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler CR, Gold. P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., Burke-Miller, J. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 2005;62, 505-12.
- (59) Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R.S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J.D., ... Marder, S. R. The MATRICS consensus cognitive battery, part 1: test selection, reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 2008;165, 203-13
- (60) Wykes T & Van der Gaag M . Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis-cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 2001; 21, 1227-1256
- (61) Krabbendam L, Aleman A: Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 2003; 169:376-382.

- (62) McGrath J, Hayes RL. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000
- (63) Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2001;11(4):197–210.
- (64) Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia, II: meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002; 32:783–791
- (65) Grynspan OP, Perbal S, Pelissolo A, Fossati P, Jouvent R, Dubal S, Perez-Diaz F: Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: a meta-analytical study. *Psychol Med* 2011; 41:163–173
- (66) Wykes, T., & Huddy, V. Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Current Opinion In Psychiatry.* 22(2), 2009; 161–167.
- (67) Kurtz, M. M., & Nichols, M. C. Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: A Review of Recent Advances. *Current Psychiatry Reviews*, 2007; 3(3), 213-221.
- (68) Popescu, C. A., y Miclutia, I. V. P03-187 The role of cognition in vocational functioning of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 2009, 24, S1186.

II.I.IV El empleo ordinario y la satisfacción laboral de los usuarios y los empresarios

MARÍA JESÚS MELIÁN CARTAYA Y FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO

INTRODUCCIÓN

La integración laboral supone un paso fundamental en la rehabilitación psicosocial de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), de forma que el empleo se ha convertido en una importante herramienta para la integración de este colectivo en la comunidad, a pesar de las dificultades que presentan. Entre los beneficios obtenidos a través del empleo destaca un efecto positivo sobre el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima, y en general, sobre la calidad de vida de las personas con TMG. (1)(2) No obstante, y a pesar del deseo de las personas con TMG de tener un empleo competitivo, se autovaloran con poca capacidad para el desempeño de la actividad laboral (3) y la mayoría de los que obtienen un empleo suelen perderlo en un plazo medio de seis meses (4). Teniendo en cuenta que se considera que el desempleo de las personas con TMG supone el camino hacia la marginación social (5), es necesario dirigir esfuerzos no solo a facilitar el acceso al empleo de las personas con TMG sino a desarrollar acciones que favorezcan el mantenimiento de los logros alcanzados de cara a la permanencia en el empleo.

La literatura recoge numerosos estudios orientados a aislar indicadores que se conviertan en variables predictoras de resultados. La heterogeneidad de dichas investigaciones hacen difícil apuntar conclusiones definitivas (6), pero a pesar de esto, los investigadores coinciden en tres tipos de predictores: las características del paciente, las intervenciones y el factor ambiental; siendo éste último uno de los menos estudiados hasta el momento, a pesar de su importante influencia en el empleo. (7)

Predictores en el proceso de integración laboral:

Orviz y González, en 1994, llevaron a cabo una revisión de estudios sobre los predictores de éxito o fracaso que se ponen de manifiesto en la integración laboral de personas con TMG. Determinaron que las variables que correlacionan con un desempeño adecuado son: habilidades en las relaciones interpersonales, iniciativa en el puesto, responsabilidad, historia laboral previa, expectativas ajustadas, auto-concepto y autoimagen como trabajador, motivación hacia la incorporación laboral, apoyo profesional mantenido a largo plazo y éxito en programas de formación para el empleo. (8)

La literatura muestra que existe una relación positiva entre la satisfacción laboral y la permanencia en el empleo, a partir de los datos recopilados por Tan, Hawkins y Thomas en 1999, basados en una muestra de 87 personas con enfermedad psiquiátrica, donde se concluye que la satisfacción laboral es un factor significativo de predicción de la intención de seguir trabajando. (9)

Pallisera, Vilà y Fullana llevan a cabo un estudio de casos cualitativo en el 2003 (10), en el que diferencian varios elementos clave que facilitan el éxito en la integración laboral:

- La conciencia de enfermedad por parte del trabajador, así como de de las consecuencias que genera el rol laboral y la identificación y gestión de la sintomatología.
- El acompañamiento y el apoyo a la persona y al entorno se debe ofrecer desde el inicio e indefinidamente y se considera un elemento facilitador.
- La revelación del trastorno mental, considerándose necesario transmitir únicamente la información necesaria para la empresa sin llegar a revelar la enfermedad, ya que podría generar estigmatización alrededor de la enfermedad mental.
- Delimitar el nivel de estrés que se produce en la realización del trabajo.
- La colaboración con la familia para evitar la sobreprotección.
- La coordinación entre el servicio de apoyo al empleo y la red de salud mental.

Hilarión y Koatz, en 2012, localizan algunos predictores de éxito en el empleo y los estructuran según seis bloques diferenciados (11):

- *Competencias personales:* la experiencia laboral, la formación, la adaptabilidad a la tarea, la flexibilidad horaria, el empoderamiento, hacer frente a las problemáticas que genera la discapacidad y la posesión de diferentes habilidades y competencias laborales.

- *Actitud de la persona*: la motivación, las expectativas, la imagen de sí misma y la adaptación a las ofertas del mercado laboral.
- *Los apoyos existentes*: apoyo profesional, de la red de salud mental y apoyo del entorno, incluyendo a la familia.
- *Predictores relacionados con una visión general*: destaca la importancia de una transformación de la imagen negativa existente en la sociedad sobre la salud mental y favorecer las prácticas de prospección laboral.
- *Predictores relacionados con las empresas*: Es importante favorecer una conciencia social, la obtención de diferentes bonificaciones, experiencias previas buenas, un acompañamiento a la persona contratada. También se destaca la responsabilidad social empresarial como elemento que favorece el éxito de la inserción.
- *Predictores relacionados con la enfermedad*: destacan como factores de éxito la estabilidad, conciencia de enfermedad y sintomatología, tener tramitado el certificado de discapacidad y llevar un seguimiento psiquiátrico y farmacológico.

El estudio cualitativo llevado a cabo por Gallach-Solano, en 2012, va dirigido a determinar los criterios que avalan el éxito en la integración laboral de las personas con TMG, partiendo de la perspectiva de las personas con enfermedad mental y los profesionales. Ambos atribuyen los factores más positivos del rendimiento al cumplimiento de las condiciones laborales (horario, no absentismo, no bajas médicas, puntualidad) y los aspectos en los que su rendimiento es inferior, a aquellos relacionados con ejecución, constancia, rapidez, atención, aprendizaje.

En la variable *satisfacción laboral* son coincidentes los resultados más altos de ambas muestras que hacen referencia a que lo que más les agrada de su trabajo son las condiciones laborales. Los aspectos que menos influyen en la satisfacción laboral según interpretan los profesionales, son el salario; y según valoran los trabajadores, las relaciones sociales. En este sentido, no hay coincidencias.

Con respecto a la variable *pautas de interacción* que benefician la inserción laboral, de nuevo las personas con enfermedad mental incluirían las condiciones laborales y también la formación previa, frente a los profesionales, que consideran que los mayores beneficios de inserción se logran con una mayor implicación de todos los trabajadores en la empresa y con la atención a su salud mental. No existe por tanto, coincidencia en este factor. (12)

Bond y colaboradores, en 2018, llevaron a cabo un análisis longitudinal evaluando los efectos y contribuciones relativos a los predictores de empleo entre las personas con TMG receptores de IPS (Individual Placement and Support), utilizando medidas de las características de referencia de la persona, el contexto económico

local y la fidelidad IPS. Los resultados obtenidos reflejaron que una historia laboral reciente, menor tiempo en las listas de la Seguridad Social, un mayor funcionamiento cognitivo y una menor tasa de desempleo local se asociaron con una mayor probabilidad de conseguir un empleo. (13)

La satisfacción laboral y el empleo en las personas con TMG:

Los estudios coinciden en establecer una relación significativa entre el nivel de satisfacción y las experiencias de éxito en empleo, de las personas con TMG. Por ello la satisfacción laboral se convierte en una variable a potenciar, con la finalidad de conseguir un mayor mantenimiento del puesto de trabajo que permita a la persona beneficiarse de estar dentro del contexto laboral en el que la experiencia favorecerá el aprendizaje de nuevas competencias, la adquisición de destrezas y habilidades, el contacto social y las relaciones interpersonales, el establecimiento de un proyecto de vida y en definitiva el logro del objetivo final que es la integración en la sociedad. A la hora de acceder al mercado laboral y optar a un empleo ordinario se ha observado el logro de niveles más altos de satisfacción laboral cuando los trabajos obtenidos coincidían con las preferencias de la persona, consiguiéndose empleos más prolongados en el tiempo que en aquellos casos en los que los trabajos no coincidían con sus preferencias. (14)

En un estudio realizado, en 2012, en las empresas sociales de Grecia (conocidas como KoiSPE) se analizó la satisfacción laboral de los empleados con enfermedad mental. La mayoría de los empleados participantes afirmaban estar satisfechos con las condiciones laborales, el trabajo en sí, la organización y la supervisión brindada, mientras que estaban insatisfechos con el salario y sus perspectivas de promoción. Asimismo, los empleados con mayores ingresos estaban significativamente más satisfechos con su trabajo y las mujeres mostraban más satisfacción en su conjunto. (15)

Villotti, Corbière, Zaniboni y Fraccaroli analizaron los factores individuales y ambientales relacionados con la satisfacción laboral de las personas con enfermedad mental, con la finalidad de mejorar la comprensión del impacto de las variables individuales y ambientales sobre la satisfacción laboral entre las personas con trastorno mental grave empleados en empresas sociales. Los resultados obtenidos, a partir de una muestra de 284 personas con enfermedad mental grave, muestran un impacto positivo significativo de los factores individuales (autoeficacia en el trabajo y severidad de los síntomas percibidos) y ambientales (lugar de trabajo) sobre la satisfacción en el trabajo. Las personas con mayor autoeficacia en el trabajo y que recibieron adaptaciones del lugar de trabajo y mayor apoyo experimentaban un nivel más alto de satisfacción en el trabajo. (16)

Asimismo, en un estudio llevado a cabo por *Resnick y Bond*, en 2001, se examinó la relación existente entre la satisfacción laboral y la permanencia en el empleo en un grupo de 71 trabajadores con Trastorno mental Grave y validar la Escala de Satisfacción Laboral de Indiana (IJSS) de 32 ítems. Los resultados muestran que la satisfacción en el trabajo medido durante los primeros 3 meses se asoció significativamente con la permanencia en el empleo, demostrando la utilidad de la satisfacción en el trabajo como herramienta en la rehabilitación profesional, así como la validez de la IJSS. (17)

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Satisfacción Laboral de Indiana (IJSS) se lleva a cabo, en el año 2005, el desarrollo y validación de la versión China de dicha escala, realizada por Tsang y Wong y que pasarían a 28 ítems en la nueva versión, contando con una muestra de 125 personas con enfermedad mental. La solución de factores mostraba similitudes y diferencias en comparación con la Escala de Satisfacción Laboral de Indiana. Las diferencias se discuten a la luz de las diferencias culturales, no obstante los resultados muestran que la relación entre las puntuaciones de CV-IJSS y el rendimiento en el trabajo, la calidad de vida y la autoestima fue positiva. (18)

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Puestos a analizar las diferentes variables que influyen en el acceso al empleo de las personas con TMG resulta necesario estudiar, no solo aquellas variables internas, que pueden ponerse de manifiesto favoreciendo o dificultando el logro del empleo sino, el marco legal y sociolaboral de las personas con discapacidad.

Marco legislativo: Los derechos de las personas con discapacidad

La integración social de las personas con discapacidad es un derecho constitucional y corresponde a los poderes públicos llevar a cabo políticas que eliminen las barreras que la impiden o dificultan. Para ello se requieren cambios en las diferentes estructuras sociales y en los criterios que organicen el comportamiento de las personas, siendo necesario una adaptación de la persona al entorno y del entorno a la persona. La incorporación al mercado laboral de este colectivo es un elemento destacado para conseguir la integración.

La realidad a la que se enfrentan las personas con discapacidad a la hora de acceder a un puesto de trabajo se vuelve más compleja cuando hablamos de una discapacidad por una enfermedad mental. En el contexto laboral, como en el resto de contextos en los que se desenvuelve la persona con enfermedad mental, se

generan situaciones que, promovidas en muchos casos por prejuicios, estereotipos y creencias sociales basadas en el desconocimiento, hacen más difícil el acceso al mercado laboral de las personas con TMG llegando en ocasiones a vulnerarse sus derechos.

La «Convención Internacional Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad» contempla en su artículo 22 respecto al derecho a la privacidad de las mismas lo siguiente (19):

1. «...Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Asimismo, tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.
2. “Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.”

Asimismo, a nivel estatal, en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en el Capítulo 5, artículo 35, “Garantías de derecho al trabajo” se establece que (20):

- 1- Las personas con discapacidad tienen derecho al trabajo, en condiciones que garanticen la aplicación de los principios de igualdad de trato y no discriminación.
- 2- Existirá discriminación directa cuando una persona con discapacidad sea tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga por motivo de su discapacidad.
- 3- Existirá discriminación indirecta cuando una disposición legal o reglamentaria, una cláusula convencional o contractual, un pacto individual o una decisión unilateral del empresario, aparentemente neutros, puedan ocasionar una desventaja particular a las personas con discapacidad respecto de otras personas, siempre que objetivamente no respondan a una finalidad legítima y que los medios para la consecución de esta finalidad no sean adecuados y necesarios, o salvo que el empresario venga obligado a adoptar medidas adecuadas, en función de las necesidades de cada situación concreta y de acuerdo con el artículo 40, para eliminar las desventajas que supone esa disposición, cláusula, pacto o decisión.

En el proceso de acceso al mercado laboral y la búsqueda de empleo aparecen obstáculos que se deben salvar, consiguiendo demostrar la valía personal y

profesional. La entrevista supone una situación de evaluación, poco predecible en ocasiones y muy dependiente de los conocimientos, valores y estereotipos del entrevistador, que se ponen de manifiesto cuando se evalúa a un candidato. En esta situación de desigualdad de roles es importante que cada una de las partes conozca cuales son los derechos que marcan los límites en el acceso a la información personal. Cuando hablamos de personas con discapacidad y contrataciones bonificadas se incluye entre los temas de interés para la empresa aquella información relacionada con la discapacidad.

En relación a la parte más administrativa del trámite, entre la documentación solicitada se hace necesario justificar la condición de discapacidad (temporal o definitiva) mediante el certificado de discapacidad. Este certificado, en la última de las cuatro páginas que lo componen, refleja el diagnóstico o dictamen médico. Los profesionales de selección de personal deben limitarse a valorar las competencias técnicas y la adaptación del perfil al puesto de trabajo, pero actualmente en muchas ocasiones se solicita el certificado al completo exponiendo exigencias de carácter administrativo, que cabe aclarar, en ningún caso requieren el acceso a esta información, algo que vulnera el derecho a la intimidad de la persona.

Asimismo, durante la entrevista, frecuentemente, se pregunta a la persona de forma directa sobre el tipo de discapacidad insistiendo en conocer detalles relacionados con el diagnóstico y la medicación, que no se deben conocer y que en ningún caso serían tratados con el criterio que corresponde. Por ello se hace necesario que cada una de las partes conozca, respete y defienda los derechos de las personas con discapacidad. En ocasiones las dudas van dirigidas al técnico de empleo con la intención de recabar detalles personales. Estos casos otorgan la oportunidad de aclarar los límites, en ocasiones difusos, entre lo laboral y lo personal, defendiendo el derecho a la intimidad de los usuarios desde una posición que permite integrar los intereses de la empresa y los derechos de los usuarios con discapacidad de una forma más directa que no genere una tensión entre las partes que pueda afectar negativamente a la contratación.

En este sentido, el trabajo debe dirigirse a, tratar en todo momento, que la persona conozca la realidad a la que se expone y tenga presente los derechos que deben preservarse. Son frecuentes las dudas y la ansiedad anticipatoria ante la entrevista, ya que la realidad sitúa a la persona ante una dicotomía difícil de salvar. Por una parte, existe el deseo y la necesidad de conseguir el empleo, para lo que se hace necesario mostrar la mejor imagen de sí mismo y por otra parte el miedo a eludir preguntas indebidas y que esto perjudique al resultado de la selección ya que la palabra Esquizofrenia, en este contexto, dinamita las posibilidades de empleo haciendo desaparecer a la persona y quedando presente únicamente el trastorno.

Como estrategia, para dotar de herramientas a la persona, en ocasiones se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades y rolplaying de escenarios de entrevistas, en las que se exponen a situaciones en las que deben conocer y saber defender sus derechos básicos, teniendo en cuenta la intención de ser seleccionados para el puesto. No obstante, es la experiencia reiterada lo que genera el entrenamiento suficiente para que la persona gane seguridad y herramientas que le permitan desenvolverse en una situación de entrevista.

Marco laboral: Análisis de la sociedad Canaria

El último informe del mercado laboral en Canarias ha portado por el Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (ODISMET) señalan que el porcentaje de personas con discapacidad en situación de desempleo asciende a 25,2% frente a un 15,1% de personas sin discapacidad, situando a Canarias con un 35,2% entre las tres comunidades con niveles de paro más elevados junto a Baleares (35,2%) y Extremadura (40,9%). (21)

Asimismo, los datos últimos datos aportados por del Instituto Nacional de Estadística (INE), en diciembre del año 2020, sobre los datos del año 2019 indican que la tasa de empleo de las personas con discapacidad fue del 25,9%, 41 puntos inferior a la de las personas sin discapacidad. Por su parte, la tasa de paro para las personas con discapacidad fue del 23,9%, siendo 10 puntos superior a la tasa de paro de la población sin discapacidad.

Las personas con discapacidad por trastorno mental presentan la tasa de actividad más baja (27,8%) en comparación con el resto de discapacidades, siendo 1,3 puntos inferior a la tasa de empleo del año anterior y repitiéndose la tendencia observada en los últimos años.

Los datos según comunidades autónomas muestran que Canarias presenta la menor tasa de actividad de las personas con discapacidad (25,8%) en comparación con el resto de comunidades autónomas. (22)

Si analizamos los datos de Canarias, el Observatorio Canario de Empleo (OBECAN) muestra que el número de personas con discapacidad en situación de desempleo asciende a 8.856 del total de las 209.419 personas desempleadas en las islas.

Con respecto a las cifras desempleo y tipo de discapacidad, cabe destacar que la información aportada por el OBECAN incluye la categoría de “*trastornos mentales*” refiriéndose de forma global a la totalidad de problemas de salud mental, discapacidad intelectual, trastornos generalizados del desarrollo...por lo que se desconocen los datos concretos sobre tasa de desempleo y personas con enfermedad mental grave.

Existe la necesidad de conocer estadísticas concretas que permitan dirigir los recursos de forma eficaz, por lo que resulta imprescindible contar con la información necesaria que permita la monitorización de las intervenciones dirigidas al empleo y los resultados alcanzados gracias a las mismas. A pesar de que las cifras no reflejan con exactitud la realidad laboral de las personas con Trastorno Mental Grave en la Isla de Tenerife, las estadísticas disponibles discapacidad definen un marco laboral marcado por la alta tasa de desempleo, especialmente para las mujeres, en el que las oportunidades laborales se limitan a la concatenación de contratos temporales (87.8%), en su mayoría con una duración inferior a los 6 meses. Con respecto a los puestos de trabajo más demandados en Canarias por las personas con discapacidad, destacan los de vendedores y personal de limpieza como los más solicitados. (23)

Es importante destacar la relación existente entre puestos demandados y puestos ocupados ya que de ello va a depender la satisfacción con el empleo y el éxito en la experiencia laboral. (14) En relación a esto, los puestos de trabajo ocupados por los usuarios del EAIE que consiguieron empleo en 2019, son en su mayoría puestos de limpieza.

Metodología:

Dada la importancia de contar con nuevos datos para promover el empleo entre las personas con trastorno mental grave, desde el Equipo e Apoyo Individualizado al Empleo se está llevando a cabo un estudio dirigido a conocer el nivel de satisfacción con el empleo de las personas con trastorno mental grave, analizando el impacto de esta experiencia sobre las diferentes dimensiones que construyen dicha percepción de satisfacción.

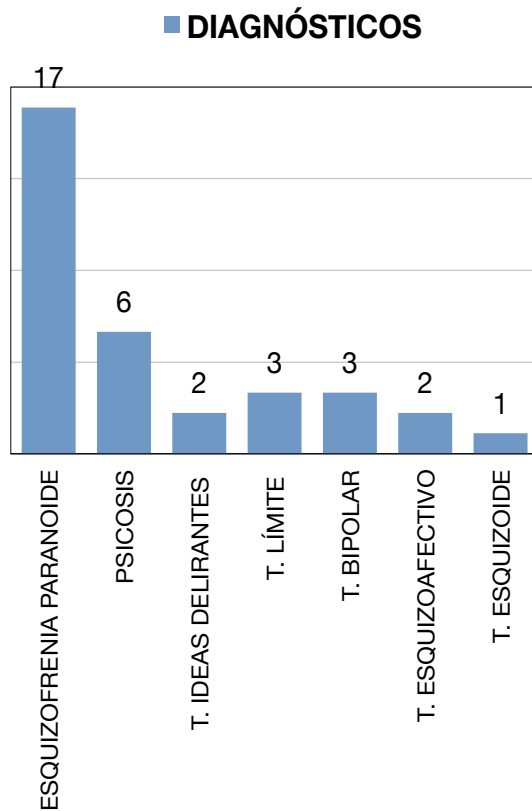
La salud entendida y contextualizada de manera integral exige tomar en consideración aquellos espacios sociales, intersubjetivos y simbólicos relativos a todos aquellos escenarios en que se dirime el estado completo de bienestar físico, mental y social. (24)

Por ello el objetivo general del estudio y el análisis de las dimensiones que comprende requieren un abordaje cualitativo, desde el punto de vista metodológico, ya que la investigación cualitativa nos permite captar lo individual, lo biográfico y aquello que es irreplicable en el acontecer humano. (25)

Población y muestra:

La muestra seleccionada para el estudio está compuesta por 35 personas (15 mujeres y 20 hombres) con Trastorno Mental Grave, con edades comprendidas entre

los 24 y los 57 años, que están trabajando en la actualidad o han trabajado en los últimos 6 meses bajo la metodología IPS, a través de los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo de Sinpromi.

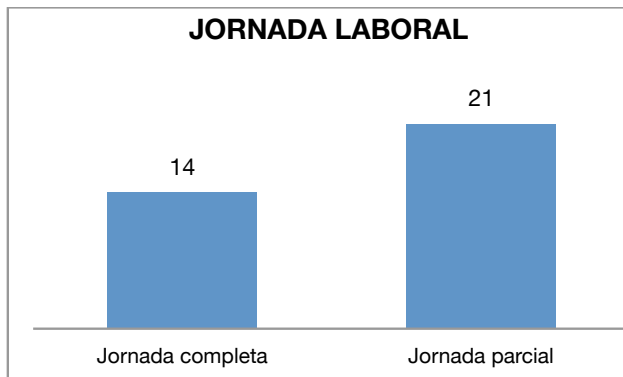


Características de la muestra

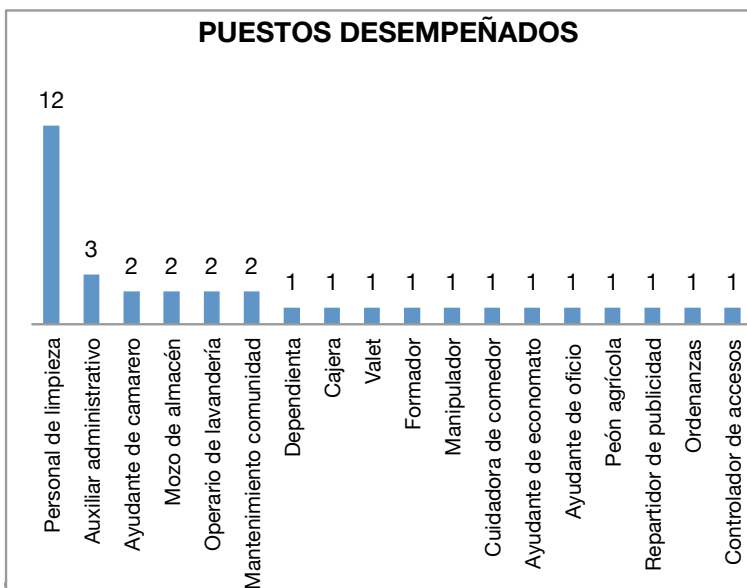
En relación a los diagnósticos de las personas participantes en el estudio, en su mayoría presentan diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide.

Con respecto al tipo de jornada laboral, la mayor parte de los participantes del estudio desempeñan una jornada parcial (11 contratos corresponden a 20 horas semanales, 4 contratos a menos de 20 horas de trabajo a la semana y 6 de ellos realizan más de 20 horas semanales). En relación a esto, cabe destacar un aspecto relacionado con las características y horarios de los puestos ofertados, ya que en muchas ocasiones los usuarios se ven limitados a acceder únicamente a las ofertas de empleo a tiempo parcial por los inconvenientes que surgen a la hora de los desplazamientos

y el transporte público. Son frecuentes los puestos a jornada completa con horario partido y esto, unido a que en su mayoría los usuarios del EAIE (Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo) no tienen carnet de conducir o vehículo disponible y las limitaciones propias del transporte público, hace que resulte inviable el acceso a dichas oportunidades laborales. Por lo que se trata, en estos casos, de una falta de recursos y de ofertas de empleo poco adaptadas a la realidad de las personas con discapacidad.



Con respecto a los puestos desempeñados, a los que se refieren los testimonios recogidos en las entrevistas, cabe destacar la diversidad de los mismos, siendo en su mayoría puestos de limpieza.



Procedimiento:

Teniendo en cuenta los factores predictivos analizados en la literatura científica, y relacionados con la permanencia en el empleo, se elaboró una entrevista semiestructurada dirigida al trabajador, conformada por un total de 22 preguntas, en la que se toma como variable a estudiar “la satisfacción laboral” a partir del análisis de una serie de predictores individuales (sentimiento de autoeficacia, motivación, autoestima y autoconcepto), ambientales (características del puesto), sociales (relación con los compañeros, supervisores y subordinados) factores externos (percepción y opinión de las personas del entorno más cercano, familiares y amigos, sobre la calidad en el desempeño de su trabajo y el impacto del mismo en su vida). Se partió de 4 categorías narrativas a partir de las cuales surgieron subcategorías que fueron guiando la codificación de la información analizada. Dichas categorías son las siguientes:

1. *Características del puesto de trabajo*: tiene que ver con la información relacionada con las condiciones físicas del entorno de trabajo, las condiciones psíquicas, aspectos relacionados con el tipo de contrato, la formación...
2. *Autoconcepto-autoestima y sentido de competencia*: se refiere a la percepción sobre el propio desempeño del trabajo, valoración de las capacidades y sentimientos e impresiones generadas.
3. *Relaciones interpersonales y contacto social*: esta categoría recoge la información relativa a las relaciones que se dan dentro del ámbito laboral y la influencia del entorno más cercano (familiares, amigos).
4. *Función psicológica del trabajo*: tiene que ver con la información referente a aspectos motivacionales y relacionados con un proyecto de vida y a los beneficios obtenidos del trabajo.

Asimismo, con la intención de conocer la percepción de la experiencia por parte de la empresa, se tomó como referencia el testimonio de los responsables directos en el puesto de trabajo, mediante una entrevista semiestructurada organizada en cuatro categorías generales de las cuales partió el análisis de los testimonios según las subcategorías surgidas:

1. *Estereotipos*: se refiere a las expectativas en el momento de la contratación, la opinión acerca de la capacidad de una persona con discapacidad a la hora de trabajar, identificación de prejuicios y estereotipos
2. *Calidad del desempeño*: esta categoría recoge la información del día a día del trabajador, identificación de aspectos positivos y posibles dificultades en el trabajo o interferencias relacionadas o atribuidas a la discapacidad.
3. *Relaciones interpersonales*: integración del trabajador en la empresa con el resto de personas, compañeros, superiores, personas a su cargo...

4. *Opinión sobre la experiencia:* tiene que ver con la visión a posteriori, la opinión del responsable directo en la empresa tras la experiencia de trabajar con una persona con discapacidad.

Como medio para la recogida de información se ha llevado a cabo un registro electrónico, previo consentimiento informado por parte del participante, mediante la grabación en audio de cada una de las entrevistas individuales realizadas a los trabajadores y a los responsables en la empresa, y su posterior transcripción manual. Una vez realizada la transcripción de las entrevistas se optó por el software NVIVO como herramienta para importar las transcripciones y categorizar y codificar la información.

RESULTADOS:

En este momento el estudio se encuentra en la fase de análisis de datos para la interpretación de resultados, pero la información recogida hasta el momento a partir de los testimonios de los participantes, nos permite aclarar algunas ideas acerca del empleo de las personas con TMG, de las diferentes situaciones a las que se enfrentan en el contexto laboral y de la percepción por parte de la empresa acerca de su desempeño y otros aspectos relacionados con la integración laboral de personas con discapacidad.

En este sentido, la motivación económica se establece como el tema principal abordado por los participantes en las entrevistas, siendo al que hacen referencia en mayor medida de forma que consideran el percibir el salario como el principal agente motivador para el empleo. A su vez, englobado dentro de la misma categoría, función psicológica del trabajo, los participantes destacan como principal beneficio el hecho de que el trabajo les permite ocupar el tiempo y la motivación existente por el favorecimiento de las relaciones interpersonales. La literatura muestra que un porcentaje significativo de las personas con enfermedad mental, evaluadas en relación a la experiencia en el empleo, se autovaloran con poca capacidad para el desempeño en la actividad laboral (3) estableciéndose, por tanto, una diferencia en relación a la información obtenida en nuestro estudio ya que el principal efecto sobre la autoestima, que destaca en los testimonios de los participantes, está relacionado con el sentimiento de autorrealización y la percepción de buen desempeño de las tareas realizadas. La creencia negativa sobre uno mismo, autoconcepto negativo y bajas expectativas son predictores de un resultado más pobre (26) por lo que podemos valorar como positivo que las personas evaluadas consideren que realizan su trabajo de forma correcta, ya que podría afectar a la calidad real del desempeño.

De forma general y haciendo referencia a las relaciones interpersonales y el contacto social, los participantes consideran en su mayoría que conseguir un empleo les brinda la oportunidad de relacionarse con otras personas y mantenerse ocupado. Asimismo, existe una visión positiva acerca de la opinión de la familia sobre el hecho de que estén trabajando.

Con respecto a las características del puesto se refieren principalmente a trabajos en los que se llevan a cabo tareas diferentes, en un entorno compartido con compañeros, existiendo en general una división de opiniones en relación al efecto del trabajo a nivel físico y psíquico. Cabe destacar que los estudios previos consultados muestran que cuando las personas con discapacidad participan en el sector laboral lo hacen con trabajos precarios y de baja cualificación, contribuyendo esto a la desmotivación de las propias personas y de los familiares que dudan en apoyar el proceso. (5)

A continuación se muestran una serie de extractos de las entrevistas a los trabajadores, que ilustran algunas de las ideas en relación a las variables destacadas en el estudio:

MOTIVACIÓN ECONÓMICA

A.M.S.G: Mujer, diagnóstico de esquizofrenia paranoide, limpieza en hotel, jornada parcial (20horas semanales)

Entrevistado: Yo es que... ¡sin trabajo no puedes vivir!, ¡es que no puedes vivir!

Entrevistador: Y ¿por qué no puedes vivir?

Entrevistado: Porque... ¡porque no, porque una Pensión No Contributiva son 300 euros!..., ¿Qué haces con 300 euros?

Entrevistador: ¿Qué quieres?

Entrevistado: Ser independiente.

Entrevistador: O sea... porque económicamente lo necesitas y... ¿Por qué más?

Entrevistado: ¡Porque es que para mí, es lo principal! El que diga que le gusta trabajar por amor al arte... ¡es mentira! Trabajas por dinero, ni más ni menos. Sin dinero no puedes vivir. Si quiero ir a la peluquería me lo puedo permitir, si quiero comprarme algo, que no es que me esté comprando cosas todos los días, pero si quiero comprarme algo me lo compro... Todo eso con una pensión no puedes.

J.J.S.M: Hombre, trastorno esquizoafectivo, mantenimiento en una comunidad, jornada parcial (20horas semanales)

“...Yo necesito trabajar porque como sabe tengo 4 niños y con lo que yo estoy cobrando no llega uno a fin de mes. El trabajo y cobrar es una posibilidad de... ¡Claro! te permite ir un ratito con ellos al cine y de... ir a algún partidito con ellos...”

RELACIONES INTERPERSONALES**EEA.P : Hombre, diagnóstico de esquizofrenia paranoide, valet en un hotel, jornada completa (40 horas semanales)**

“Estamos hablando de que te estás abriendo a un mundo, no solamente laboral, sino a nivel de amistades. Estas haciendo muchas cosas y claro evidentemente te relacionas con tus amigos, es casi forzoso, o con el resto de la gente”.

L.I.G: Mujer, diagnóstico de psicosis, auxiliar administrativo, jornada completa, (40horas semanales)

Entrevistador: ¿Cómo es la relación con tu responsable directo en la empresa?

Entrevistado: La relación laboral muy bien porque el director de la oficina mía como persona no puede ser mejor y en el lado laboral pienso que defiende bien su puesto de trabajo y que siempre está ahí pues... para echarte un cable y cualquier duda que te surja, pues también te la va a resolver sin problema, yo creo que siempre te va a apoyar en ese sentido.

PL.P.G : Hombre, diagnóstico de Psicosis, personal de limpieza, jornada parcial (20horas semanales)

Entrevistador:¿Cómo es la relación con los compañeros?

Entrevistado: Pues nos contamos, cuando salimos del trabajo, en el coche al regresar a casa, pues nos contamos la jornada laboral y algún plan para hacer fuera de horario de trabajo.

FUNCIÓN PSICOLÓGICA DEL TRABAJO-PROYECTO DE VIDA**P.P.L: Hombre, diagnóstico de trastorno Bipolar, valet, jornada completa (35 horas semanales)**

Entrevistador: ¿Qué fue lo que te movilizó para aceptar el puesto de trabajo?

Entrevistado: Bueno, la necesidad de tener algo de dinero y de poder asumir las responsabilidades de la educación de... de mi hijo y de mi familia y de... ¡en fin! De (...) de poder pagar los estudios, de poder ayudarlos a ellos, en fin... Sí, sí, de asumir más responsabilidades de las que... de las que tenía ¿no? De progresar personalmente ¿no? Progresar en lo personal, de hecho, yo estuve conversando con una persona y me dijo que yo estaba mucho mejor que lo que me había encontrado hace, aproximadamente, diez años y era una persona que yo no veía hace tanto tiempo, me..., me... me expresó que yo estaba mucho mejor. Contrariamente a lo que piensan, fundamentalmente mi familia que... que no... mi mujer por ejemplo piensa que no estoy tan bien y sin embargo estoy mucho mejor. Yo me siento mucho mejor y ¡bueno! Parece que estoy mucho más activo, o sea cambió fundamentalmente lo que es mi enfermedad. Vamos, la enfermedad tal cual era ya no es.

FUNCIÓN PSICOLÓGICA DEL TRABAJO- SALUD MENTAL

A.A.L: Hombre, diagnóstico de esquizofrenia paranoia, ayudante de camarero, jornada parcial (20horas semanales)

“Me sentía agobiado cuando no trabajaba... en casa, me sentía a veces agobiado, tenía una agonía un poco psicológica como psicosis y cuando empecé a trabajar, un poco con la gente y especialmente cuando terminé el turno me siento muy aliviado. Muy, muy, aliviado. Sí, si... salir un poquito y ver a la gente, tratarlos...”

A.A.L: Hombre, diagnóstico de esquizofrenia paranoia, ayudante de camarero, jornada parcial (20horas semanales)

“También te indica el nivel donde estas, si estas en casa no estás en prueba, pero si estás trabajando es como si estuvieras en prueba con el tema social. Tu capacidad, a veces llevas un tiempo largo sin trabajar pues te aumentan los miedos, la fobia. Dices: - “No, no seré capaz de desempeñarlo. A lo mejor se me ha olvidado un poco el idioma”. A veces te entran esas dudas. Pero al entrar a trabajar es como si estuvieras en prueba, tú te sientes capacitado. Dices: - “¡Bien!, he recuperado el idioma, estoy bien”.

CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO (CARGA DE TRABAJO)

JA.A.B : Hombre, diagnóstico de Trastorno de Ideas Delirantes, ayudante de camarero en hotel, jornada parcial (30horas semanales)

Entrevistado: “El trabajo es duro, pero lo compensa con los días de descanso que tengo, donde tengo oportunidad de recuperarme y de volverme a incorporar a los siguientes días.

Entrevistador: Pero ¿Consideras que es un trabajo que físicamente es duro?

Usuario: Sí, es duro... físicamente y psíquicamente también es duro.

C.D.C: Mujer, diagnóstico de Psicosis, cuidadora de comedor escolar, jornada parcial (10horas semanales)

Entrevistador: ¿Consideras que es duro físicamente?

Entrevistado: “Para nada, es más, si no voy al trabajo como que veo que necesito algo, necesito ir porque en mi casa me siento aburrida”

P.P.L: Hombre, diagnóstico de trastorno Bipolar, valet, jornada completa (35 horas semanales)

“Bueno es duro el trabajo, hay que hacer fuerza que igual para mi edad ya no lo llevo tan bien como antes, pero bueno. Las articulaciones me duelen, me fastidia un poco la columna, pero la gente, la gobernanta dice que yo no me quejo y que algunos chicos de mi edad que se quejan, no han durado. Yo tengo 61 años. Con ayuda de compañeros, del guardavidas, más o menos voy sacando adelante este trabajo”.

CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO - JORNADA

A.A.L: Hombre, diagnóstico de esquizofrenia paranoia, ayudante de camarero, jornada parcial (20horas semanales)

Entrevistador: ¿Qué opinas del número de horas que trabajas? ¿Te gustaría trabajar más horas?

Entrevistado: No, la verdad que cuatro horas me parece lo justo.

Entrevistador: Y ¿Por qué?

Entrevistado: No podría trabajar 8 horas, por el tema psicológico. Estar tantas horas largas en el trabajo me... me produce un poquito de (.) es como algo psíquico ¿sabes?

CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO- RESPONSABILIDAD

A.A.L: Hombre, diagnóstico de esquizofrenia paranoia, ayudante de camarero, jornada parcial (20horas semanales)

Entrevistador: ¿Te gustaría en algún momento tener un cargo con más responsabilidad? ¿Asumir más responsabilidad?

Entrevistado: No, la verdad es que no me gustaría. En mi trabajo estoy muy contento y no quiero responsabilidades de nada, Esto es hacer mi trabajo y ya está.

Entrevistador: Y ¿Por qué no querías más responsabilidad? ¿Qué supondría?

Entrevistado: Supondría más presión... más responsabilidad... más exigencia y no quiero mucha exigencia, tampoco, lo justo. (...) Sí, no, no quiero mucha responsabilidad, que tienes que estar atento, se te olvidan cosas por el tema de la enfermedad, a veces se te olvidan cosas y en un cargo tienes que tenerlo todo controlado. Exige más prestación de atención, más continua y eso de momento con la enfermedad y eso no lo llevo bien.

Los siguientes extractos corresponden a las entrevistas realizadas a los responsables en la empresa y en ellos se recogen algunas de las ideas acerca de la experiencia de contar en la plantilla con un trabajador con discapacidad:

RELACIONES INTERPERSONALES

Gobernanta en un hotel

Entrevistador: ¿Consideras que está integrado?

Entrevistado: Si, si yo creo que totalmente. Ya creo que es su forma que él necesita más espacio solo, se va a fumar su cigarrillo solo y demás, pero con los compañeros muy bien... Antonio tal... ellos paran a tomar un café cuando sale, o sea que hay una unión muy buena.

Entrevistador: ¿Cuál es tu percepción sobre como lo perciben a él los compañeros?

Entrevistado: Yo creo que buena.

ESTEREOTIPOS- NECESIDAD DE UN TRATO ESPECIAL

Metre del restaurante de un Hotel

“Soy una persona que no pregunto ni si toma medicamento. No, porque quiero estudiar la persona y ver si tengo que cambiar un poquitín el equipo para decirles: - ¡Oye un poco de más tacto! Y me ha pasado muy pocas veces que haya tenido que hacer una reunión y decir: - Esta persona, cuidado, que es especial, se puede poner nerviosa. Pensad que tiene que estar con un medicamento... No ha sido el caso con la experiencia que llevo con ellos y son 4 o 5 que he tenido. Yo pienso que ahí... no he tenido ninguna experiencia de estas”

Gobernanta en un hotel

“Yo creo que la verdad la gente colabora mucho con este tipo de personas a nivel general. De hecho, hay veces que trabajan con personal externo de ETT, por supuesto, yo los cojo aparte, les digo: - mira vas a trabajar con una persona que tiene un poco de discapacidad, tienes que tener cuidado porque a él lo puedes agobiar si tu quieres ir muy deprisa, déjalo a su aire. Tú has tu trabajo y él hace el suyo. Siempre los ponemos en antecedentes de que ¡oye! sepas que vas a trabajar con una persona que no es como tú y que tienes que tener un poquito de paciencia. Pero la gente la verdad que colabora muchísimo”

ESTEREOTIPOS- REACCIONES IMPREDECIBLES

Encargado de obra de empresa de construcción

Entrevistador: Supongamos que en una selección de personal debe hacer una entrevista a tres candidatos, que cumplen según curriculum, con los requisitos solicitados para el puesto y cada uno de ellos presenta una discapacidad diferente. El primer candidato tiene una discapacidad física, por ejemplo una limitación funcional en la columna, el segundo candidato tiene una discapacidad sensorial por hipoacusia y el tercer candidato presenta una discapacidad psíquica por un problema de salud mental, por ejemplo esquizofrenia. Sabiendo que cada uno de los tres candidatos podría llevar a cabo el trabajo ¿qué pensaría, a priori, de cada uno de ellos?

Entrevistado: ¡Hombre!..., el que está... el que tiene la discapacidad física, eh... podría pensar que podría estar limitado a ciertas cosas. El que tiene problemas auditivos pues... yo creo que ese no me ejercería mucha, mucha duda. Y la tercera persona, eh... yo creo que ahí ya me lo pensaría más todavía ¿por qué? Pues por la reacción de esa persona a ciertas ordenes. Que se le... que le adjudiques alguna tarea y te repro... y no la sepa percibir y reaccione de... reaccione de mala manera, o incluso con los propios compañeros. Sería una cosa de las más que me... ese sería... el tercero sería el más que lo observaría.

ESTEREOTIPOS- PUESTOS DE RESPONSABILIDAD

Jefe de cocina en un hotel

Entrevistador: En aquellos perfiles que tiene que ver más con la salud mental, de los que hablábamos antes, ¿qué opinarías con respecto al hecho de asumir responsabilidades sobre otros trabajadores o sobre el trato con clientes?

Entrevistado: No, no tienen ninguna... el tema es ver un poco el perfil ¿no?, porque yo he trabajado con chicos que tienen problemas mentales pero son muy abiertos, muy dicharacheros, les gusta hablar con la gente... y después hay otros casos que son introvertidos, que les cuesta relacionarse... Entonces es ver un poco, pero yo he tenido compañeros, he tenido chicos que son con discapacidad pero son super extrovertidos, risueños... es más, que les tienes que parar un poco porque a veces se pasan.

CALIDAD DEL DESEMPEÑO

Jefe de jardinería de un hotel

Entrevistador: ¿Cómo ha sido la experiencia de trabajar con personas con discapacidad?

Entrevistado: En principio muy buena, de momento es un trabajador como cualquier otro. El trabajo que ejecuta él es igual que el que está haciendo otro compañero que no tiene una discapacidad.

Jefe de cocina de un hotel

Entrevistador: ¿Cómo es el rendimiento de él como trabajador?

Entrevistado: es muy introvertido, le cuesta un poco relacionarse con los compañeros pero su trabajo es de mucha calidad. Lo que le falta es un poco creérselo; solo creérselo, básicamente es eso porque si él se lo cree un poco más puede crecer mucho más. Pero al final siempre es un poco su propia confianza, el decir: - ¡Yo puedo hacerlo!, ¿Por qué no lo voy a hacer? Pero su calidad de trabajo está siendo muy buena y es serio, trabajador, comprometido y la verdad que no hay ninguna pega.

Teniendo en cuenta la información aportada, en primera persona, sobre la experiencia en empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave que han participado en el presente estudio, queda patente el efecto positivo que la incorporación al mundo laboral genera en este colectivo. Este efecto se refleja principalmente en la autoestima, gracias a la autopercepción del buen desempeño y al sentimiento de autorealización generado en un contexto que favorece el fortalecimiento de aquellos aspectos de la vida de la persona con trastorno mental grave que han podido quedar debilitados a consecuencia de su enfermedad.

Destacan aspectos relacionados con la independencia y autosuficiencia económica, siendo esto además de un beneficio, la principal motivación que impulsa a la

persona a superar sus barreras y a hacer el esfuerzo por formar parte de una sociedad que lo incluya y lo valore. Asimismo, el análisis de las realidades expuestas en el presente estudio muestra una diversidad de opiniones relacionadas con las características de los trabajos desempeñados en relación al efecto generado a nivel psíquico y a la dureza de los trabajos a nivel físico. Este aspecto se podría dilucidar incrementando la muestra del estudio de forma que se cuente con más participantes que expongan sus opiniones y experiencias en relación al tema tratado. Con la intención de complementar el estudio se ha tratado de conocer la percepción, de las personas encargadas o responsables en la empresa, sobre la integración laboral de personas con discapacidad por trastorno mental grave y la experiencia del día a día, en el puesto de trabajo. Es importante destacar las limitaciones en relación a la participación voluntaria de representantes de la empresa, ya que el hecho de mantener una entrevista en la que se expongan opiniones, tanto positivas como negativas, acerca de un trabajador en concreto, ha hecho que nos encontremos en ocasiones con la negativa a la colaboración en el estudio o que en aquellos casos en los que se participa las opiniones puedan estar sesgadas, por darse dentro de una situación de evaluación.

En relación al nivel de estructuración de la entrevista, para la empresa han existido variaciones en función del caso concreto, ya que en ocasiones los responsables en la empresa tenían información proporcionada por el propio trabajador acerca del diagnóstico, pero en la mayor parte de los casos no contaban con detalles sobre el tipo de discapacidad del trabajador. Esto ha hecho que en estos casos, con la intención de preservar el derecho a la confidencialidad de la información médica, se planteasen preguntas menos concretas optando por ejemplos o supuestos acerca del empleo de las personas con enfermedad mental como forma de distanciarse del caso real.

CONCLUSIONES:

Las personas con discapacidad que desean trabajar se enfrentan a un mercado laboral muy competitivo, poco sensibilizado y caracterizado por una marcada presión laboral. Esta realidad se vuelve más compleja e inaccesible cuando hablamos de personas con problemas de salud mental ya que deben convivir con las ideas distorsionadas de directivos, compañeros, clientes y en general del entorno laboral. A pesar de esto, la realidad nos muestra que el esfuerzo llevado a cabo, por las personas con TMG para acceder al empleo, permite que cada vez sean más los casos de éxito y que las experiencias nos permitan aislar, en la información aportada, beneficios del propio empleo que justifican el deseo de las personas de acceder a un empleo ordinario como principal vehículo para el desarrollo personal y la integración en la sociedad.

La realidad en la empresa está marcada por la propia experiencia, como elemento facilitador a la hora de generar opiniones basadas en hechos. A pesar de que

son muchos los casos en los que existen ideas previas, basadas en generalidades y que se reducen a estereotipos que limitan en diferentes ámbitos las capacidades del trabajador con enfermedad mental, tras vivir en primera persona la experiencia y conocer de cerca la realidad del trabajo de estas personas las opiniones negativas se difuminan normalizando la situación y personalizando cada caso. No obstante queda un largo camino de sensibilización y adaptación para favorecer y facilitar esta labor, en el cual deben participar cada uno de los agentes implicados, desde las instituciones políticas, las empresas, los profesionales, las familias y la propia persona.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Bryson, G., Lysaker, P., Bell, M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2002, 28, 2: 249-257.
- (2) Casper, E. S. Fishbein, S. Job satisfaction and job success as moderators of the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000, 26, 3: 33-42
- (3) J. Ray Hays, Kenneth E. Buckle. Self-Efficacy among Hospitalized Mentally Ill Patients. *Psychological Reports*. 1992, 70: 57-58.
- (4) Resnick, S. G. y Bond, G. The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001) 25, 1: 12-19.
- (5) Rodríguez Pulido, F, Rodríguez Díaz, M.N, García Ramírez M.C. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*. 2004, 25, 6: 264-281.
- (6) López Menéndez, L.A. Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo. *Revisión de estudios y análisis de evidencias Intervención Psicosocial*. 2008, 17, 3: 245-268.
- (7) Bond, G. R. y Drake, R. E. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008, 21, 4: 362-369.
- (8) Orviz S.G y González J.C Rehabilitación e integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos *Psychosocial Intervention*. 1994, 3, 8: 141-148.
- (9) Tan PP, Hawkins WE, Thomas L. Job satisfaction and intent to continue working among individuals with serious mental illness. *Psychological reports*. 1999, 85: 801-807.
- (10) Pallisera, Vilà y Fullana la investigación sobre los procesos de integración laboral de personas con discapacidad en entornos ordinarios. un estudio de casos cualitativo. *Revista de Investigación Educativa*. 2003, 21, 2: 305-321.
- (11) Hilarión y Koatz. Guía de integración laboral de personas con trastorno mental, *Obra Social de la Fundación "La Caixa" Barcelona*: 2012.
- (12) Gallach-Solano E. Factores de éxito para la integración laboral de las personas con trastorno mental grave. *Psiquiatría.com*. 2011, 15:73.
- (13) Justin D. Metcalfe, Jarnee Riley, Susan McGurk, Thomas Hale, Robert E. Drake, Gary R. Bond, Comparing predictors of employment in Individual Placement and Support: A longitudinal analysis. *Psychiatry Research*. 2018. 264, 85-90.
- (14) Mueser, K. T., Becker, D. R., Wolfe, R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 2001, 10, 4: 411-417.
- (15) Triviza, S., and G. Koulierakis. "Job Satisfaction of Employees with Severe Mental Illness with the Corfu Social Cooperative Limited (KoiSPE)." *Archives of Hellenic Medicine*. 2014, 352-60.
- (16) Villotti, Corbière, Zaniboni, Fraccaroli. Working plans of people with mental disorders employed in Italian social enterprises. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2011,35, 1: 55-58.

- (17) Resnick, S. G. y Bond, G. The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001, 25, 1: 12-19.
- (18) Tsang W.H, Wong A. Development and validation of the Chinese Version of Indiana Job Satisfaction Scale (CV-IJSS) for people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005, 51, 2: 177-91
- (19) Convención de derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.convenciondiscapacidad.es/2019/04/08/guia-de-facil-uso-de-la-convencion-internacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-para-operadores-juridicos-2019/>
- (20) Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 1/2013. Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>.
- (21) Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España. Informe 5. Recuperado de: https://www.odismet.es/sites/default/files/2020-05/Informe%205_Odismet_2020.pdf
- (22) Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/epd_2019.pdf
- (23) Observatorio Canario de empleo. Gobierno de Canarias. Recuperado de: http://www3.gobiernodecanarias.org/empleo/portal/estaticos_portal/online/obecan/temas/estadisticas/adjuntos/InformeMercadoLaboralDiscapacidad-2018.pdf
- (24) Pedraz M.A, Zarco C.L, Ramasco G.M, Palmar S.A. Investigación Cualitativa. 2014.
- (25) Mainor, E., Solís, S. La explicación en las ciencias sociales: consideraciones intempestivas contra el dualismo metodológico en la teoría social. 2005. 84, (2), 51-60.
- (26) Hoffmann, H. Kupper, Z. Kunz, B. Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia, an exploratory study. *Schizophrenia Research*. 2000, 43: 147-158

II.I.V La estrategia IPS para el empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental grave en Tenerife: 15 años de experiencia

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO Y NAYRA CABALLERO ESTEBARANZ

INTRODUCCIÓN

A PARTIR DEL AÑO 2004, siguiendo los principios de la psiquiatría comunitaria (1), nuestro grupo tuvo la oportunidad de construir, planificar, ordenar, articular e implementar un conjunto de recursos para la recuperación de las personas con trastornos mentales graves, psicosis funcionales. Este modelo lo denominamos modelo red de redes basado en un sistema cooperativo y transversal de cuidados y de responsabilidades de todos, que hemos publicado recientemente en versión española (2). Siguiendo las recomendaciones para la esquizofrenia (3), se implantó en la isla un Equipo comunitario asertivo (ECA) y un equipo de apoyo individualizado al empleo (EAIE) que seguía la metodología IPS. Los principios que han guiado la acción del IPS en nuestra experiencia son los señalados por Bond (4) que ya hemos descrito previamente en capítulos anteriores.

El objetivo general de los EAIE es apoyar en el empleo ordinario a aquellas personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente a través de una atención individualizada y especializada en coordinación con los servicios públicos de salud mental. La finalidad del Equipo es la integración rápida al empleo ordinario de las personas con discapacidad mental crónica, atendiendo a sus preferencias de empleo y que manifiesten su determinación a emplearse. Estas personas reciben un apoyo continuo y flexible por parte del equipo, tanto en la fase del logro del empleo, como en la continuidad de este.

El acceso al equipo se inicia previa indicación del/la psiquiatra responsable del usuario/a. Los usuarios/as del Equipo pueden beneficiarse simultáneamente y de manera temporal, de algún otro recurso de rehabilitación psicossocial.

Uno de los aspectos fundamentales de cara al logro de los objetivos del EAIE, y teniendo en cuenta que se trata de un servicio que depende de diferentes recursos e instituciones, es la coordinación de todos estos recursos, con la finalidad de que existan unos criterios comunes de actuación y se logre dar una atención adecuada a los usuarios/as del servicio.

En este sentido, en la isla de Tenerife, la atención especializada en salud mental está basada en un modelo de atención comunitaria de salud mental. La filosofía en los recursos de rehabilitación está inspirada en la recuperación y en la construcción de un tejido de soporte comunitario en forma de red de redes para las personas con TMG, donde los equipos de empleo (EAIE) están integrados y forman parte de la continuidad de cuidados.

A lo largo de los años, se han realizado estudios clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y estudios comparativos para demostrar la eficacia de la estrategia IPS. Los resultados de estos estudios muestran una sólida evidencia de las ventajas de este acercamiento para proveer de forma rápida empleos competitivos a las personas con trastornos mentales graves y persistentes. Las investigaciones más recientes recomiendan incorporar un enfoque integral del modelo IPS, reforzando el trabajo de las habilidades interpersonales. Esto implica una colaboración conjunta entre los servicios de empleo, salud mental y rehabilitación.

El enfoque IPS se ha extendido por gran parte del mundo, promovido por los propios pacientes y los esfuerzos de colaboración de la comunidad científica. Esto ha generado una extensa investigación sobre procesos y resultados, la cual aboga por transformar los sistemas de salud mental de una era pasada de estancamiento, dependencia y pesimismo hacia una nueva era de innovación, independencia y optimismo.

RELACIÓN ENTRE LOS DATOS DEL EAIE Y LOS DATOS DE EMPLEO DE CANARIAS

De cara a situar en el contexto la realidad de las personas con discapacidad por TMG, con relación al empleo en la isla de Tenerife, es importante conocer el marco laboral en el que se encuentran.

La sociedad insular donde están implementados en estos años ha pasado de una tasa de desempleo de 12'8 % en 2004 a una tasa del 21.55% en septiembre de 2020 (OBECAN, 2020), situándose Canarias entre las regiones de España y Europa con mayor índice de desempleo.

A diciembre de 2018 el total de parados en España era de 3.202.297 personas, mientras que en Canarias la cifra fue de 207.015 parados registrados de los que 8.914 eran personas con discapacidad, el 4,3% del total. El número de personas

desempleadas en Canarias al finalizar el mes de junio de 2020 es de 261.714. En relación al pasado año (junio de 2019) se observa un aumento en 59.031 personas, lo que supone un incremento del paro de 29,12%.

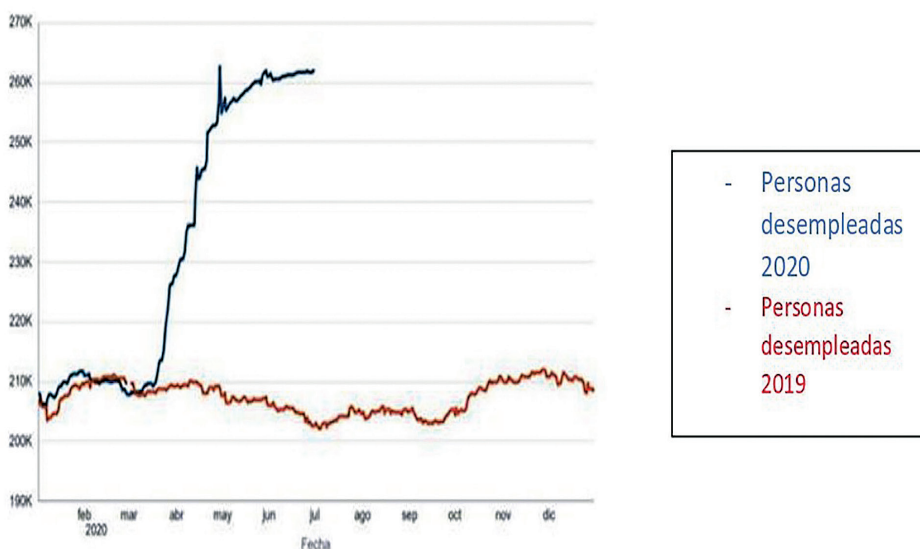
El dato que más caracteriza a la población con discapacidad en Canarias es su alto grado de inactividad. En 2017 en España el porcentaje de inactivos sin discapacidad alcanzaba el 22,3%, mientras que en las personas con discapacidad la tasa de inactivos ascendía hasta el 65%. En Canarias, respectivamente, el porcentaje de inactivos era del 24,7% de la población sin discapacidad, y el 70% de la población con discapacidad registrada.

En septiembre de 2020 se registró que demandaban empleo 9.725 personas con discapacidad (811 más que en 2018) y el grupo de Trastornos Mentales es el que mayor demanda tiene de empleo actualmente en Canarias dentro de los diferentes grupos de discapacidad. En total 4228 personas con Trastorno Mental está en búsqueda de empleo.

Recientemente nos hemos encontrado con una situación de pandemia a raíz del Covid-19 que ha tenido un gran impacto en el campo laboral. Este hecho hizo que aumentara las cifras de paro considerablemente. Con relación al año pasado (2019) se incrementó el paro en un 26,71% en Canarias. En la Figura I se puede ver la evolución.

FIGURA I

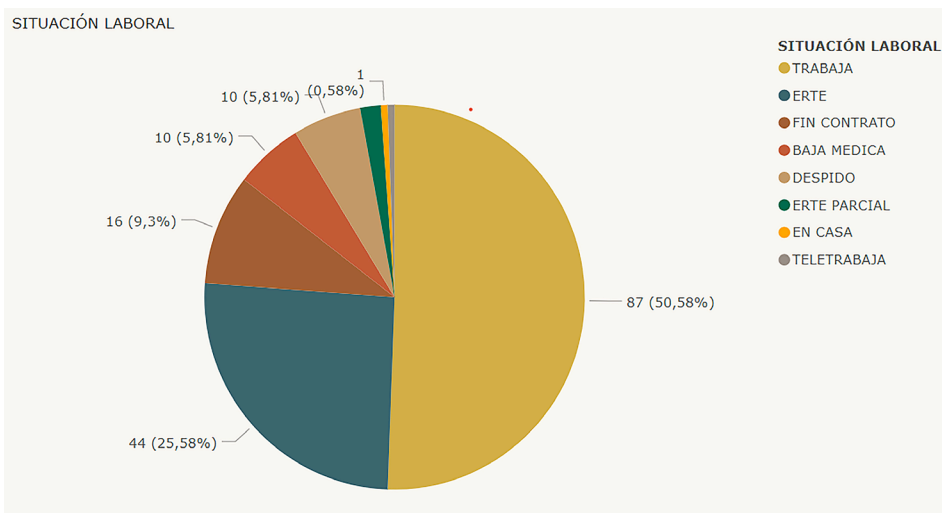
Personas desempleadas población general canaria 2019 vs 2020.



Estos datos coinciden con lo sucedido en los equipos de empleo durante la pandemia ya que un 25,58% de personas con TMG se encontró en su empresa en una situación de ERTE completo (Véase figura II) y un 5,81% sin empleo ya que la empresa ante la crisis tuvo que despedir a sus trabajadores. Estas situaciones, como la acontecida en la crisis de 2008, demuestra la importancia de estos equipos de empleo como factor de protección para amortiguar estas situaciones de vulnerabilidad.

FIGURA II

Situación laboral usuarios del EAIE durante la pandemia 2020.



Por sectores económicos, en mayo de 2020, se redujo el paro en el sector de la construcción en -908 (-3,44%), mientras que aumentó el paro en el resto de las actividades económicas: Agricultura (4,32%), Hostelería (2,81%), Industria (1,41%), Comercio (3,48%) y Resto de Servicios (2,89%).

A raíz de la pandemia estamos observando que el sector de la construcción es el primero que se ha activado recibiendo ofertas de empleo de peones y oficiales de construcción además de los perfiles de limpieza que están demandándose para cubrir las necesidades de limpieza en oficina originadas a raíz del covid 19.

Los hoteles que son un fuerte motor económico en Canarias empezaron a abrir en junio de 2020 después de tres meses de cierre y personas que estaban en ERTE con problemas de salud mental les empiezan a anunciar que recuperan sus puestos de trabajo.

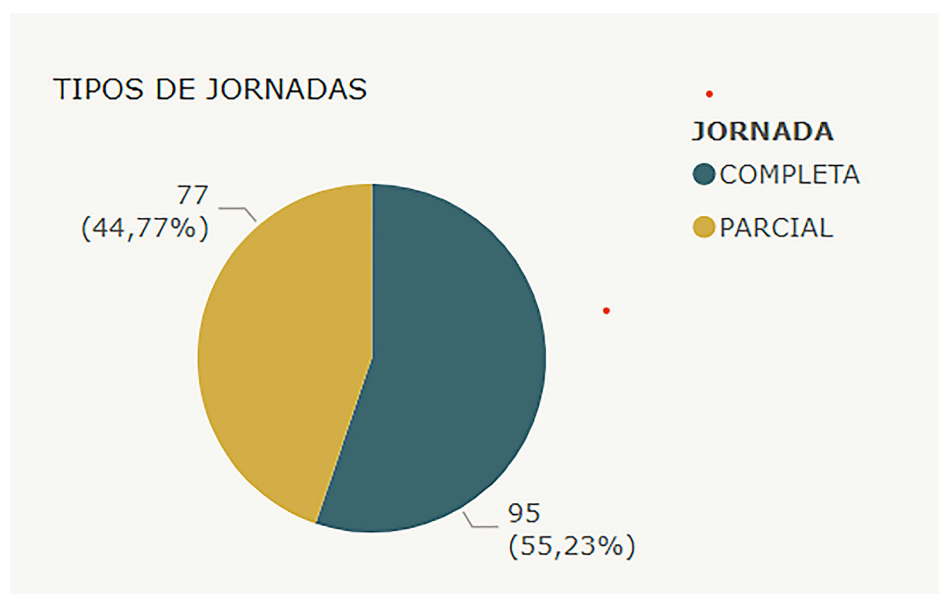
Sobre la temporalidad de los contratos, la tendencia de años anteriores se mantiene con un alto porcentaje de contratación temporal frente a indefinida. En los

datos globales de temporalidad de los contratos en Canarias también lo reflejan con un 87.8% de contratos temporales frente a 12.2% de contratos indefinidos.

Sobre el tipo de jornada durante el año 2020 (Véase Figura III) se registró contrataciones en su mayoría a jornada completa (55,23%).

FIGURA III

Tipos de jornadas EAIE 2020.



La distribución por sexos del paro en Canarias muestra que el 45.8% de parados son hombres frente al 54.2% de mujeres que se encuentran en situación de desempleo. En ambos sexos existe un incremento en la cifra de parados, en relación con el año anterior, pero la desigualdad permanece viéndose menos favorecidas las mujeres en el acceso al empleo. En el caso de los equipos de empleo el número de personas que están derivados al recurso suelen ser mayoritariamente hombres (70%).

RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS EQUIPOS DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO

El perfil tipo de usuario que entra al recurso es el de hombre con edad comprendida entre 26 y 46 años, soltero, con estudios primarios o graduado escolar. La gran mayoría de ellos han tenido una experiencia laboral previa y posterior a la enfermedad y presentan en su mayoría diagnóstico de esquizofrenia. Todos los usuarios son derivados desde las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Tenerife.

DERIVACIONES DESDE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIAS A LOS EAIE

Durante el período de 2004-2019 se han recibido un total 1762 derivaciones a los EAIE (Véase Figura IV). Habría que destacar que, a partir del 2005, las derivaciones han ido en aumento debido al mayor conocimiento, sensibilización y labor psicoeducativa que han llevado a cabo los Equipos.

PERSONAS QUE HAN CONSEGUIDO EMPLEO

En total durante estos 15 años de funcionamiento se ha conseguido insertar a 1095 personas con problemas de salud mental en el empleo ordinario. El número de personas que ha conseguido empleo ha ido aumentando paulatinamente desde el comienzo del recurso. En el año 2009, decreció debido a que comenzó en ese año la crisis económica y hubo un descenso tanto en el número de contratos como en las personas con empleo.

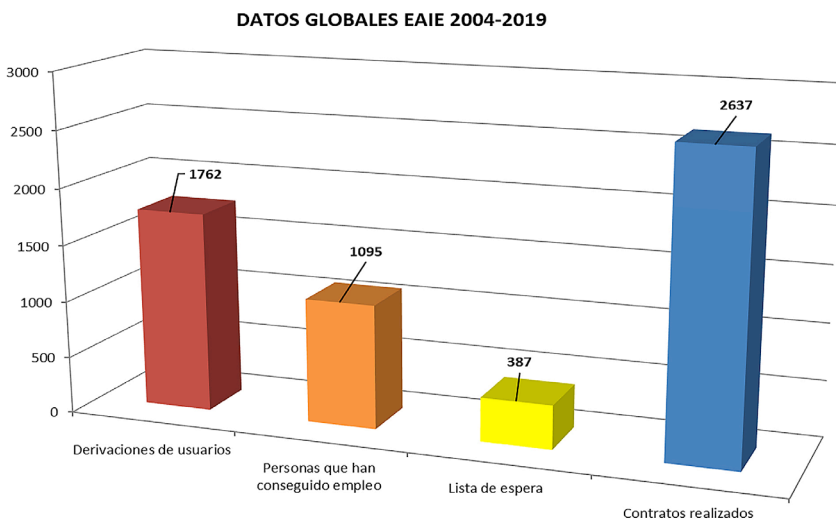
LISTA DE ESPERA

Actualmente tenemos a 387 personas en lista de espera concentradas en su mayoría en la zona metropolitana (255).

En la Figura IV se pueden ver los datos globales del periodo 2004-2019.

FIGURA IV

Datos globales periodo 2004-2019 (15 años).

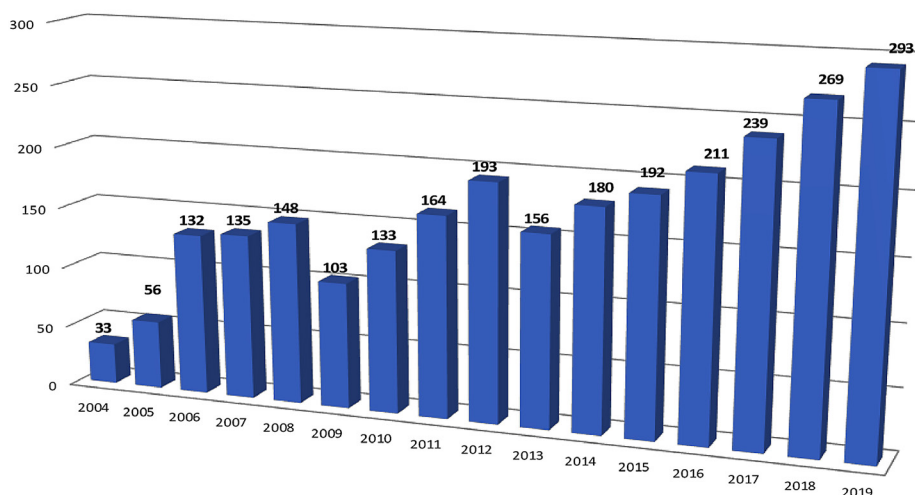


CONTRATOS REALIZADOS

Se han conseguido un total de 2637 contratos para personas con enfermedad mental grave. La evolución de los contratos por año se puede observar en la siguiente Figura V.

FIGURA V

Evolución de los contratos EAIE 2004-2019.



SALARIO

El salario medio de los contratos es de 712,72 euros brutos mensuales, dependiendo de la jornada laboral (por horas, media jornada o jornada completa). La duración de los contratos suele ser temporal, siendo la diferencia entre los distintos periodos poco significativa. Es de destacar que en el 2009 los contratos eran en su mayoría menores de 6 meses y en el 2010, se observa que los empresarios empiezan a contratar con la idea de dar más estabilidad al trabajador, puesto que aumentan los contratos indefinidos y los contratos entre 1-3 años y disminuyen los contratos menores de 6 meses.

DISTRIBUCIÓN DE LOS EQUIPOS DE EMPLEO

Actualmente el equipo consta de 5 técnicos de empleo, licenciadas en Psicología con acreditación sanitaria y formación específica en Salud Mental. Este año la previsión es ampliar un nuevo técnico para dar más cobertura a las necesidades de empleo de las personas con problemas de salud mental.

Todas las personas derivadas se incluyen en las siguientes categorías dependiendo de la valoración final realizada por el Equipo:

- Altas: Personas aptas para empleo que entran en el recurso. (La carga máxima de usuarios por técnico de empleo es de 25 usuarios)
- No Inclusión: Personas no aptas para empleo.
- Bajas: Personas que han entrado en el recurso y en el momento actual no lo están.
- Espera en empleo: Personas incluidas en el equipo que esperan un empleo.

La mayor lista de espera está en la zona metropolitana (santa cruz y la laguna)

En la figura VI se puede observar cómo están distribuidos los equipos de empleo. Se encuentran dos equipos en la zona metropolitana, uno en la zona norte, otro en la zona sur y otro equipo dando cobertura a las personas que se encuentran dentro de los equipos comunitarios asertivos.

FIGURA VI

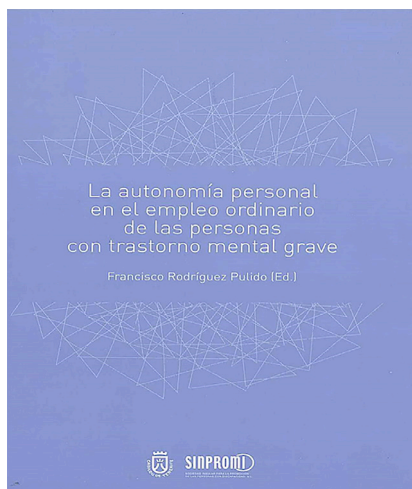
Distribución de los equipos de empleo.



INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

Se ha comprobado que el EAIE es efectivo y un recurso de calidad e innovación incluso en un mercado limitado con alta tasa de desempleo.

Durante estos años tenemos dos publicaciones de libros: La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con Trastorno Mental Grave (5) y un capítulo dentro del libro La recuperación de las personas con TMG (2).



También tenemos un artículo científico publicado con la experiencia titulado Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves (6).

Cienc. Sanit., 2018; 32(4):513-518

Original

Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves



Francisco Rodríguez Pulido^{a*}, Nayra Caballero Estebanar^b, Elena Tallo Aldana^b, Manuel E. Méndez Abad^c, M. Carmen Hernández Álvarez-Sotomayor^b, Susana López Reig^b, Patricia Inés Vilchez de León^b y Enrique González-Dávila^d

^a Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife, España

^b Sociedad Insular para la Promoción de las Personas con Discapacidad, S.L., Cabildo de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Centro de Salud Orzava-San Antonio, Servicio Canario de la Salud, La Orzava, Tenerife, España

^d Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación Operativa, Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
 Recibido el 6 de febrero de 2017
 Aceptado el 17 de mayo de 2017
 On-line el 13 de junio de 2017

Palabras clave:
 Empleo con apoyo
 Salud mental
 Trastornos psicóticos
 Rehabilitación psiquiátrica
 Personas con discapacidad

RESUMEN

Objetivo: Valorar la efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo (IPS) en personas con enfermedad mental grave en la isla de Tenerife (España).

Método: Pacientes de los Servicios de Salud Mental Comunitaria con trastornos mentales graves fueron asignados a dos grupos de forma aleatorizada. En uno de ellos se aplicó el método IPS (n = 124) y en el grupo control (n = 75) se asesoró en la manera habitual de búsqueda de empleo. Los pacientes fueron seguidos una media de 3,4 años y se analizaron cuántos trabajaron al menos un día, el tiempo trabajado, los salarios, el número de contratos y el número de admisiones hospitalarias. Se usaron métodos estadísticos no paramétricos en la comparación de resultados (U de Mann-Whitney).

Resultados: Los pacientes asignados al grupo IPS trabajaron al menos un día el 90%, frente al 75% del grupo control; trabajaron de media 30,1 semanas/año vs. 7,4; el salario mensual fue de 777,9 euros vs. 599,9 euros; el número de contratos por persona fue de 3,89 vs. 4,85, y los ingresos hospitalarios fueron 0,19 vs. 2,1.

Conclusión: La estrategia IPS es efectiva en la integración laboral de personas con enfermedad mental grave, logrando que trabajen más tiempo, tengan mayor salario y menos ingresos hospitalarios, en un contexto social de alto desempleo.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Effectiveness of individual supported employment for people with severe mental disorders

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of an individual placement and support (IPS) strategy in people with severe mental disorders in Tenerife island (Spain).

Methods: Patients of Community Mental Health Services with severe mental disorders were randomly assigned to two groups. One of them received IPS (n = 124), and the control group (n = 75) was advised in the usual job search. Patients were followed up for an average of 3.4 years and an analysis was made of how many patients worked at least one day, working hours, wages, the number of contracts and the number of hospital admissions. Non-parametric methods were used to compare the results (Mann-Whitney U test).

Results: The percentage of patients who worked at least one day was 90% in the IPS group compared with 75% in the control group; they worked on average 30.1 weeks per year vs 7.4; the monthly salary was € 777.9 vs € 599.9; the number of contracts per person was 3.89 vs 4.85, and hospital admissions were 0.19 vs 2.1.

Conclusions: The IPS strategy is effective for the labour integration of people with severe mental illness getting them to work longer, have higher wages and fewer hospital admissions.

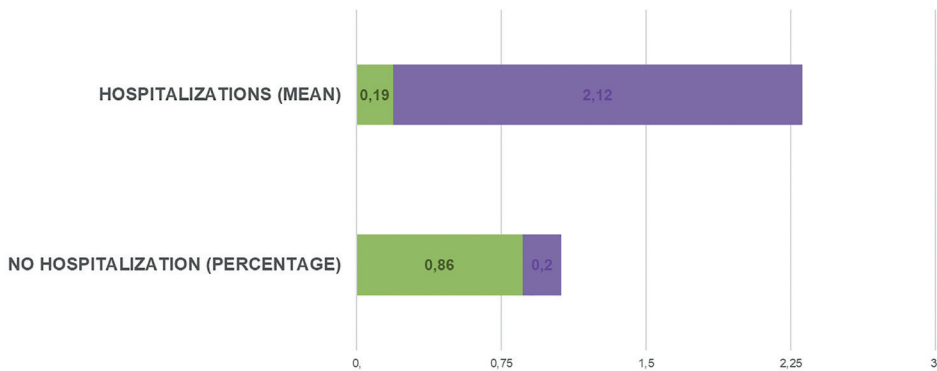
© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:
 Employment, supported
 Mental health
 Psychotic disorders
 Psychiatric rehabilitation
 People with disabilities

En este estudio se observó que los pacientes asignados al grupo IPS trabajaron más tiempo que los del grupo control con un salario mensual significativamente más elevado. En relación con el objetivo primario (trabajar al menos un día), se observa que los pacientes asignados al grupo IPS obtuvieron un significativo 24,5% más de nuevos empleos en el mercado laboral que los del grupo control, en concordancia con lo encontrado en otros estudios ya citados. El tiempo trabajado también fue superior en el grupo IPS

En cuanto a los ingresos hospitalarios de forma significativa se encontró que el grupo IPS tenía menos ingresos. El grupo IPS obtuvo una media de 0.19 y el grupo control de 2.12.

HOSPITALIZACIONES EAIE



CONCLUSIONES

El dato que más caracteriza a la población con discapacidad es su alto grado de inactividad. En 2016 en España el porcentaje de personas inactivas sin discapacidad alcanzaba el 22%, mientras que en las personas con discapacidad la tasa de personas inactivas ascendía hasta el 64,8%. En Canarias, respectivamente, el porcentaje de personas inactivas era del 23,7% de la población sin discapacidad, y el 69,1% de la población con discapacidad registrada.

Los equipos de empleo con la metodología IPS ofrecen apoyo a la recuperación de las personas con enfermedad mental favoreciendo la igualdad de oportunidades

La estrategia del IPS también es efectiva en mercados limitados desde el punto de vista poblacional y económico, como es un archipiélago fragmentado, y con alta tasa de desempleo y un sólido sistema de protección sanitaria y social. Asimismo, habría que y favorecer el empleo de diferentes técnicas para aumentar

los resultados positivos alcanzados. En este proceso, en la actualidad estamos realizando una intervención para la mejora de las competencias sociales en las personas con esquizofrenia y observar si esa mejora se puede ver reflejada en el empleo.

En los países donde las tasas de desempleo son altas, las leyes de discapacidad laborales desfavorables y el sistema económico menos receptivo a los empleos, el IPS es más necesario de implementar teniendo en cuenta las dificultades de implementación del recurso, la ausencia o debilidad de los sistemas de salud mental o el seguimiento comunitario, la excesiva protección de las familias, o los fuertes sistemas de apoyo y protección social.

REFERENCIAS

- (1) Thornicroft y Szmukler. Textbok of community psiquiatry. Oxford University Press.2001.
- (2) Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave. Modelo Red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife, 2010.
- (3) Drake RE, Becker DR. The individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Services*; 1996; 47:473-75.
- (4) Bond, G. R. Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998; 22(1), 11-23.
- (5) Rodríguez Pulido et al. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con Trastorno Mental Grave. SINPROMI. Cabildo de Tenerife.2011.
- (6) Rodríguez Pulido f; Caballero Estebananz, N., Tallo Aldana, E. et al Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta Sanitaria*,2018;32(6);:513-518.

II.I.VI Coste social de la empleabilidad

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO Y NAYRA CABALLERO ESTEBARANZ

INTRODUCCIÓN

LA ENFERMEDAD MENTAL SUPONE UNA PESADA CARGA en términos de sufrimiento humano y de coste sanitario. En un estudio realizado por López-Bastida en 2002 (1) se encontró que los costes totales de las enfermedades mentales en Canarias ascendieron a 189,59 millones de euros. Los costes directos sanitarios fueron de 81,67 millones de euros, que suponían el 43% de los costes totales y el 5,2% del gasto sanitario público. La estimación del coste económico de las enfermedades mentales constituye un aspecto fundamental para el mejor conocimiento de la magnitud del problema de salud y para la asignación de los recursos sanitarios, humanos y materiales, destinados a reducir los efectos indeseables de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en general.

Hay poca investigación en cuanto al coste de los programas laborales para personas con enfermedad mental, pero lo poco que hay al respecto indica un ahorro en las arcas públicas en pensiones es muy superior al coste la puesta en marcha y mantenimiento de los programas. En un estudio canadiense (2) contabilizó y llegó a la conclusión que, durante 10 años de duración de los programas de empleo, el estado se ahorró bastante dinero. En total 240 personas con problemas de salud mental graves habían podido mantener un trabajo. Estas personas ganaron \$ 5 millones dólares canadienses, pagaron \$ 1.3 millones principalmente en impuestos sobre la renta, y ahorraron al gobierno unos \$ 700,000 en costos sociales que habrían recibido si hubieran estado desempleados. El resultado total neto es, por lo tanto, un aumento en la “riqueza colectiva” del orden de \$ 2 millones (1,782,989,66€).

En otro estudio aleatorizado (3) realizado en 6 países europeos con estrategia IPS (n=156) o servicios vocacionales estándar (n=156) se encontró que los costes de hospitalización para el grupo IPS disminuyeron mucho más que los del grupo

control durante los primeros 6 meses y en el análisis de costo-beneficio mostraron que IPS representa un uso más eficiente de los recursos (beneficio neto de £ 17,005 a favor de IPS). En comparación con los servicios estándar de rehabilitación vocacional concluyen que la estrategia IPS probablemente ahorre costos y casi seguramente sea más rentable como una forma de ayudar a las personas con problemas graves de salud mental a obtener un empleo competitivo.

En relación con los estudios de coste- efectividad, Knapp et al (4) realizó un ensayo controlado aleatorio en seis países europeos, investigaron el coste del IPS para personas con problemas graves de salud mental en comparación con la rehabilitación vocacional estándar. Los individuos (n = 312) fueron asignados al azar para recibir IPS o servicios vocacionales estándar con un seguimiento durante 18 meses. Se recopilaron datos sobre el uso del servicio y los resultados. El análisis de costo-efectividad se llevó a cabo con dos resultados principales: días adicionales trabajados en entornos competitivos y porcentaje adicional de personas que trabajaron al menos 1 día. Se realizó un análisis de costo-beneficio parcial. Encontraron que el IPS produjo mejores resultados que los servicios vocacionales alternativos a un costo más bajo en general para los sistemas de salud y atención social. Este patrón también se mantuvo en análisis desagregados para cinco de los seis sitios europeos. La inclusión de valores imputados para los datos de costes faltantes apoyó estos hallazgos. El IPS se consideraría más rentable que los servicios profesionales estándar. Un análisis más detallado demostró argumentos de costo-beneficio para IPS. En comparación con los servicios de rehabilitación vocacional estándar, IPS es, por lo tanto, probablemente un servicio que ahorra en costes y casi con certeza más rentable como una forma de ayudar a las personas con problemas graves de salud mental a conseguir un empleo competitivo.

Más tarde, Knapp et al.(5) reconoce que el empleo con apoyo es el modelo con mayor evidencia económica. Comprobó con un estudio ECA en seis países europeos que el IPS condujo a mejores resultados en términos de días trabajados en entornos competitivos y porcentaje de personas que trabajaron al menos 1 día, con resultados que sugieren que es casi seguro que sea más eficaz que los servicios de rehabilitación vocacional estándar.

Una de las consideraciones económicas que se puede hacer a la eficacia y rentabilidad del IPS es que comparado con los programas de empleo no competitivos se relacionan con menos costes asociados con el desarrollo y el mantenimiento.

El retorno social de la inversión (SROI, por sus siglas en inglés) es un cálculo que mide el valor de los resultados y/o impactos sociales generados a raíz de una o varias intervenciones, constituyendo un marco útil para medir y contabilizar muchos de los beneficios que quedan fuera de la frontera de lo habitualmente

valorizable (6). Se trata de medir cuánto valor social se genera por cada dólar/euro invertido en programas sociales. Estas mediciones concluyen el cálculo de un ratio que compara los beneficios generados con los costes.

La aplicación del SROI en el ámbito de la salud pública se inició en 2005 en el Reino Unido (7). En nuestro país, hasta finales de 2015, la metodología SROI ha sido utilizada en los ámbitos social, educativo y laboral. Sin embargo, ha ido creciendo cada vez más el interés por la medición del retorno social también en el ámbito de la salud (8).

En 2018, en un centro de rehabilitación laboral de Murcia (CRL) denominado "ISOL" utilizaron la metodología SROI para crear un valor (teoría del cambio) y un coeficiente que indicara cuanto valor total en euros se crea por cada 1€ invertido desde la administración (Servicio Murciano de Salud). Estamos pendientes de la publicación de sus resultados y alcances obtenidos.

En el periodo actual de desarrollo de los IPS nos parece relevante el estudio de la devolución de la inversión realizada cuyo objetivo es demostrar a las administraciones públicas de los beneficios económicos que generaría una política activa de empleo. En este sentido, en la isla de Tenerife después de 15 años de experiencia mediante el desarrollo del IPS nos hemos decidido a hacer un estudio observacional exploratorio sobre estos aspectos.

METODOLOGÍA

Se analizó el total de personas del equipo que trabajaron a jornada completa durante los años 2017, 2018 y 2019 y que no pudieron compatibilizar la pensión con el salario por ser este último incompatible debido a un ingreso propio elevado.

Se analizó un total de 20 personas con diagnóstico de Esquizofrenia que han trabajado como mínimo durante 8 años con el equipo para observar y calcular los costes directos de hospitalización y de consumo de medicación antes y después del empleo. Su objetivo fue calcular si encontramos un retorno social de la inversión realizada.

RESULTADOS

En nuestro sistema de protección social las personas que trabajan a jornada completa no pueden cobrar Pensión no contributivas (PNC) y salario a la vez. Aun así, tenemos un alto porcentaje que solicita trabajar 40 horas semanales motivados por tener más ingresos propios y estar activos. Por este motivo, quisimos analizar la devolución que se hacía al no tener que ingresar pensiones debido a

que trabajaban a jornada completa. Para ello, se seleccionó a las personas con TMG que habían trabajado a jornada completa durante 2017, 2018 y 2019 y que dejaron de cobrar Pensiones no contributivas (PNC). De esas personas seleccionadas se calculó por meses el ahorro en pensión (meses que no cobraron PNC por trabajar a jornada completa). El total de ahorro en tres años ascendió a 676.159,6€.

AÑO	Ahorro pensiones hombres	Ahorro pensiones mujeres	TOTAL AHORRO PENSIONES
2017	158.007,7	60.283,5	218.291,2€
2018	143.276,5	83.311,9	226.588,4€
2019	151.704	79.576	231.280€

Total: 676.159,6€

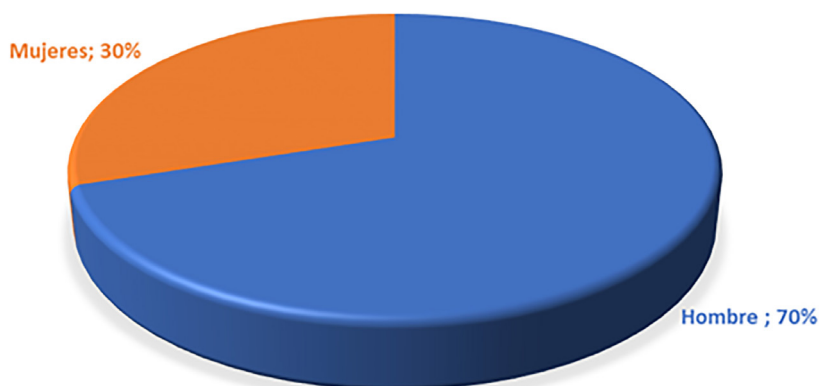
Estos datos de ahorro y de retorno social de la inversión (el ahorro supera al coste total de los equipos) vienen a sumar otro beneficio indirecto más que se produce con el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave.

COSTE SANITARIO DIRECTO (FÁRMACOS Y HOSPITALIZACIONES) ANTES Y DESPUÉS DEL EMPLEO

Se seleccionaron un total de 20 personas con esquizofrenia del EAIE que han trabajado a través de los equipos como mínimo 8 años. Se recogieron todos los datos de la medicación antes de ser derivado al equipo y después (en la actualidad).

La muestra del estudio estaba compuesta por 14 hombres y 6 mujeres con diagnóstico de esquizofrenia (Véase figura 1). El estado civil de diecisiete de los mismos era soltero/a, dos personas estaban casadas y uno en pareja. La muestra de edad en su mayoría se encontraba entre los 26 y 45 años.

FIGURA I

*Distribución de la muestra por sexo.***DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO****CONSUMO MEDICACIÓN ANTES Y DESPUÉS DEL EMPLEO**

Se analizó el total de medicación oral al día e inyectables por mes que consumía cada una de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que componía la muestra de estudio. En total, antes del empleo, había un consumo de medicación oral que alcanzaba un total de 59 fármacos orales y un total de 10 inyectables. Después del empleo el consumo de fármacos orales se redujo a 48,5 pastillas y los inyectables se mantuvieron casi en la mayoría con un total de 9 inyectables.

La media de consumo de medicación oral por persona antes del empleo fue de 2,95 y después del empleo fue de 2,42. La media de inyectables por persona antes del empleo se situaba en 0,5 y después del empleo bajó a 0,45.

DOSIS EN MILIGRAMOS (MG) DE FÁRMACOS

TABLA I

Dosis de medicación oral y número de inyectables en la muestra de estudio.

DOSIS MEDICACIÓN ORAL ANTES Y COSTE	DOSIS MEDICACIÓN ORAL DESPUÉS Y COSTE	NUMERO INYECTABLE ANTES Y COSTE	NUMERO DE INYECTABLES DESPUÉS Y COSTE
6 (53,42€)	4 (36,45€)	0	0
5 (15,54€)	4 (15,54€)	0	0
1 (2,5€)	1 (2,5€)	0	0
7 (20,26€)	6(20,26€)	0	0
0	0	1 (8,26€)	1(8,26€)
3 (28,13€)	4 (254,12€)	1 (201,29€)	0
5 (18,56€)	2 (26,12€)	0	0
1 (52,89€)	2 (28,19€)	1(8,26€)	1(8,26€)
3,5 (28,26€)	2 (20,08)	1 (8,26€)	1(8,26€)
4 (3,26€)	0	1 (8,26€)	1 (695,38)
4 (182,58€)	4 (199,43€)	0	0
3 (230,02€)	4 (254,12€)	0	0
6 (14,63€)	6 (25,56€)	0	1 (1279,31€)
4 (34,43€)	3 (31,09€)	0	0
3 (149,71€)	1 (52,89€)	1(345€)	1(1279,31€)
1(2,01€)	2(2,5€)	1(8,26€)	1(8,26€)
1(15,74€)	2(59,53€)	1(172,48€)	0
0	0	1(345€)	1(345€)
3(85,99€)	1(82,77€)	0	0
2(27,16€)	2(27,16€)	0	0
TOTAL: 965.09€	TOTAL:1138.31€	TOTAL:1105.07€	TOTAL:3632.04

Por otro lado, se analizó las subidas y bajadas en miligramos de los diferentes tipos de medicación pautaada. Del total de la muestra, 5 personas tuvieron bajadas se medicación antipsicótica y el total de mg bajados fue de 212 en medicación oral y 75 mg en inyectable. En cambio, solo se encontró dos personas con subidas de medicación antipsicótica y el total de mg subidos ascendió a 6.

Respecto a la medicación antidepresiva, hubo 70 mg de bajada en antidepresivos en dos personas. En 5 personas se encontró bajadas de ansiolíticos con un total de 38 mg de bajadas. Por último, se encontró bajadas en medicación anticolinérgica (9 mg) y en estabilizadores del estado de ánimo (500 mg).

No se encontró subidas de mg de medicación después del empleo en medicación antidepresiva, ansiolíticos, anticolinérgica o en los estabilizadores del estado de ánimo.

TABLA 2

Análisis de las subidas y bajadas de fármacos en miligramos.

Número de personas con bajadas de medicación	Tipo de medicación	MG bajados
4	ANTIPSICOTICOS orales	212
1	ANTIPSICÓTICO INYECTABLE	75
2	ANTIDEPRESIVOS	70
5	ANSIOLITICOS/BENZODIACEPINAS	38
3	ANTOCOLINÉRGICOS	9
1	ANTIEPILETICO/ESTABILIZADOR ESTADO ANIMO	500
Número de personas con subidas de medicación	Tipo de medicación	MG subidos
2	ANTIPSICOTICOS	6
0	ANTIDEPRESIVOS	0
0	ANSIOLITICOS	0
0	ANTICOLINERGICOS	0
0	ANTIEPILETICO/ESTABILIZADOR ESTADO ANIMO	0

Ante la duda de si la bajada de medicación antipsicótica oral podía ser debida a que se aumentara en la misma persona medicación inyectable antipsicótica, se observó específicamente cada caso en el que se mostró una disminución de la dosis de mg de antipsicóticos y se observó que en tres de los casos no había pausada medicación inyectable y en uno sí que se encontraba pausada, pero se mantuvo igual. En otro de los casos la bajada provenía de la medicación antipsicótica inyectada.

TABLA 3

Bajadas de fármacos antipsicóticos.

	Bajada mg	Inyectable
Risperdal	9	No
Leponex	100	No
Leponex	100	No
Risperdal	3	Si pero se mantiene clopixon depot 200
Risperdal consta75 c/15 días y pasa a 1 vez al mes	75	

TOTAL DE COSTE SANITARIO DIRECTO (FÁRMACOS)

Se analizó el coste sanitario directo en fármacos por persona acudiendo a la información en la página de Sanidad sobre los productos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS (dispensables a través de oficinas de farmacia) y analizando el precio registrado de cada medicamento. La suma total de coste sanitario en fármacos antes del empleo fue de 2.070,16€ y la suma total de coste sanitario después del empleo alcanzó 4.770,35€.

HOSPITALIZACIONES Y RECAÍDAS

Se analizó también las hospitalizaciones y recaídas de la muestra antes y después del empleo. Se encontró una media de ingresos antes del empleo de 0,85 y después del empleo no se registró ningún ingreso en hospital. La media de recaídas antes del empleo se encuentra en 1,55 y después del empleo se redujo a 0,3.

TABLA 4

Hospitalizaciones y recaídas de la muestra de estudio (antes y después).

INGRESO ANTES (total de días)	INGRESOS DESPUES	GASTO POR CAMA Precio:174€	RECAIDAS ANTES	RECAIDAS DESPUES
1 (11)	0	1914	2	1
0	0	0	2	2
1 (10)	0	1740	2	0
1(14)	0	2436	2	0
1(20)	0	3480	1	0
1(10)	0	1740	2	0
1 (21)	0	3654	1	0
1 (15)	0	2610	1	0
1(10)	0	1740	0	1
1(4)	0	696	2	0
1(27)	0	4698	1	0
0	0	0	1	0
1(10)	0	1740	0	0
0	0	0	1	0
1(18)	0	3132	0	0
0	0	0	1	1
1(12)	0	2088	4	1
1(20)	0	3480	4	0
1(11)	0	1914	1	0
2 (4)(27)	0	696+4698	3	0
Media:0,85	0	Total: 42.456€	Media:1,55	Media: 0,3

TABLA 5

Total de costes directos antes y después (hospitalizaciones y fármacos).

Coste fármaco antes	Coste fármaco después	Coste hospitalizaciones antes	Coste hospitalizaciones después
2.070,16	4.770,35	42.456€	0

El coste total de gastos directos de la muestra de estudio antes del empleo se encuentra en 44.526,16€ (2.070,16+42.456) y el coste directo después se sitúa en 4.770,35€.

En la muestra seleccionada de estudio de 20 personas con esquizofrenia encontramos que, sobre el gasto sanitario directo, antes del empleo se registró una media de 103,51€ por persona y después del empleo se registró una media de 240,34€. Observando y analizando el consumo de fármacos se puede comprobar que uno de los factores decisivos de este aumento de coste es el cambio a inyectables de última generación. El cambio de clopixol a xeplion o risperdal consta a trevicta supone un coste económico importante. El total de fármacos orales antes del empleo ascendía a

965,09€ y de inyectable a 1105,07€. El total de fármacos orales después del empleo ascendió a 1138,31€ y el de inyectables fue tres veces superior alcanzado un total de 3632,04€.

En relación al número de hospitalizaciones o recaídas se demuestra que no se cumple la creencia que el empleo para las personas con esquizofrenia genera estrés y menos posibilidad de recuperación. El empleo no significa, al menos para la muestra de estudio, una posible situación de vulnerabilidad y empeoramiento de su psicopatología ya que después del empleo no se registra ningún ingreso hospitalario y disminuyen las recaídas. También hay que tener en cuenta a este respecto que al funcionar en red con el sistema sanitario público y estar en seguimiento por el equipo de empleo, si se registra cualquier sintomatología que pueda desencadenar una posible recaída se alerta con urgencia a la unidad de salud mental que rápidamente solicita al psiquiatra una cita para seguimiento y reajuste de la medicación si fuera necesaria.

Como resumen, encontramos que en el análisis del coste social existe un ahorro en pensiones durante tres años que asciende a 676.159,6 €(superior al coste total del equipo) y el coste sanitario directo antes del empleo se sitúa en 44.526,16€ y el coste sanitario después es de 4.770,35€ con un beneficio considerable que está básicamente situado en la reducción de ingresos hospitalarios (no en el coste de la medicación).

CONCLUSIONES

Los antipsicóticos de nueva generación ha supuesto un aumento del coste directo de gastos sanitarios. El retorno social de la inversión gracias al empleo genera unos beneficios superiores a los costes directos. La exploración de estos datos nos lleva a la consideración de la utilidad en términos de costes de la inversión en los equipos IPS sin tener en cuenta los beneficios individuales que los mismos proporcionan.

La integración en el empleo facilita la propia integración social, facilitando a la persona la significación en su rol de ciudadano y recobrando su sentido en el proceso terapéutico individual. Entendiendo que la persona, como adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de estas en igualdad de condiciones con respecto al resto de ciudadanos, hace que el empleo se trate de una de las principales vías de integración social para las personas con trastorno mental grave y necesitamos más estudios con la metodología SROI para conocer el alcance de todos sus beneficios.

En la actualidad, se necesita hacer estudios complejos metodológicamente para medir los efectos del empleo sobre la recuperación clínica y social y estudios de costes-efectividad.

REFERENCIAS

- (1) López-Bastida J, et al. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias. *Atención Primaria*;2002;34(1):32-8.
- (2) Lauzon G, Charbonneau C. Favoriser l'intégration au travail en santé mentale: l'urgence d'agir. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2000 (in preparation).
- (3) Mercier C et al., Rapport final de la recherche-action Impact Travail – Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale". Montreal, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.1999.
- (4) Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12, 60–68.
- (5) Knapp M, Wong G, Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*,2020; 19, 3–14.
- (6) A Guide to Social Return on Investment. The SROI Network, Enero 2012.
- (7) Somers, A. *A Social Return on Investment Analysis, 2005–2006*. Millrace, IT: 2005;Chelmsford.
- (8) Ivanova, Y., Merino, M., González, A. y Jiménez, M. Retorno social de la inversión en salud. *Revista Española de Economía y Salud*, 2017;12, 685-693.

II.II Centros de rehabilitación laboral

II.II.I Los centros de rehabilitación laboral y la empleabilidad: La experiencia de Madrid

ABELARDO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

1.- INTRODUCCION

LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA (como esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos mentales graves) presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, en la pérdida de redes sociales de apoyo y en limitaciones a su participación e integración y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas^{1,2}.

Uno de los principales ámbitos de necesidad social de este colectivo es el que tiene que ver con la **rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo**³: La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, muchas de las personas con trastornos mentales graves están desempleadas o excluidas del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través del apoyo y acompañamiento para su acceso a programas de formación laboral-ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán también necesarias acciones

y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario y teniendo en cuenta también el marco de las políticas globales de apoyo a la contratación e integración laboral del conjunto del colectivo de personas con discapacidad.

El campo de intervención de la **rehabilitación laboral** y apoyo a la integración en el empleo se conforma pues como un pilar clave para facilitar y apoyar el desarrollo de itinerarios individualizados de integración laboral que ayuden a que muchas de las personas con trastorno mental grave puedan demostrar sus capacidades y desempeñar un trabajo en el mercado laboral, y con ello avanzar de un modo sustancial en su calidad de vida y en su participación social activa.

Las personas con trastorno mental grave son *CAPACES Y HAN DEMOSTRADO SUS POSIBILIDADES DE INTEGRACIÓN LABORAL* si se les ofrecen los apoyos oportunos; y en esta línea los programas de rehabilitación laboral y apoyo al empleo han demostrado su eficacia y utilidad para favorecer su inserción laboral.

La **Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Atención a persona con Discapacidad**, está, desde hace casi tres décadas^{4,5,6}, firmemente comprometida en la **atención social a las personas con discapacidad por enfermedad mental y en el apoyo a sus familias**. Para ello viene prestando atención social a las personas con enfermedad mental grave y duradera a través de una serie de centros y recursos de atención social especializada que dan respuesta a las diferentes necesidades psicosociales, laborales, residenciales y sociales de estas personas y apoyar su integración social, trabajando en una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental. Esta experiencia de más de veinte años de promoción y desarrollo de recursos se ha ido consolidando en la **Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera**.⁷ Esta red ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración por causa de trastornos mentales severos, que son derivadas desde los servicios de salud mental de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico.

La **Red pública de atención social a personas con enfermedad mental** cuenta con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen, en régimen de atención diurna (*centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral*) y de atención residencial (*residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones*), distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas. Asimismo, cuenta con servicios **complementarios**, como los *equipos de apoyo social comunitario* que son

una iniciativa innovadora, para ofrecer atención social en el propio domicilio y en el entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave.

Actualmente esta **Red cuenta con 6.669 plazas en 225 centros y recursos de atención social especializada, distribuidos territorialmente y en los que trabajan más de 1.460 profesionales** (psicólogos, trabajadores sociales, terapéutas ocupacionales, educadores, maestros de taller, etc)

Uno de los principales ámbitos de intervención social de esta Red es de la **Rehabilitación Laboral y apoyo a la integración en el empleo** y para ello se diseñaron y se están desarrollando un tipo de centro de atención social especializado que se denominan **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)** que son un recurso específico, de servicios sociales especializados, destinado a las personas con enfermedad mental grave para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Los CRL trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como trabajan en estrecha relación con el conjunto de recursos de formación y empleo a fin de facilitar el proceso de integración laboral de los usuarios. Cuentan con un equipo multiprofesional específico compuesto por: un director, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de apoyo a la inserción laboral, preparador laboral, 2/3 maestros de taller y auxiliar administrativo.

En 1991 se abrió el primer Centro de Rehabilitación Laboral (CRL “Nueva Vida”) en Madrid que sirvió para demostrar la utilidad y pertinencia de este tipo de centros, gracias a su experiencia se fue avanzando en la puesta en marcha de nuevos centros permitiendo que hoy a inicios de 2019 la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid cuenta con 27 Centros de Rehabilitación laboral en funcionamiento con un total de 1.315 plazas. En julio de 2018 se pusieron en marcha 5 nuevos CRLs con los que se alcanzaron los 27 CRLs con 1315 plazas con los que se cuenta actualmente y en los que trabajan unos 260 profesionales.

Es una experiencia de casi 30 años que ha venido a demostrar la utilidad y eficacia de esta tipo de Centros de Rehabilitación laboral logrando resultados muy positivos con altos niveles de integración laboral de las personas en ellos atendidos (más del 60% de inserción laboral en los usuarios atendidos en los últimos años), bastantes de ellos en el mercado laboral ordinario y con contratos a jornada completa; por todo ello la experiencia y el modelo de los CRLs se ha convertido en referencia de interés para otras Comunidades Autónomas.

2.- EMPLEO Y TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIFICULTADES Y RETOS

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos mentales graves.

Entre los problemas y dificultades que tienen algunas son comunes con el resto de las personas que están en desempleo o buscando trabajo, pero también presentan dificultades y obstáculos específicos que se derivan de su problemática psicosocial laboral específica y que podemos resumir sintéticamente en tres apartados: dificultades derivadas del trastorno mental, dificultades derivadas del estigma social y dificultades derivadas del mercado laboral.⁸

- DERIVADAS DE LA PROPIA ENFERMEDAD Y SU PROCESO
 - Deterioro cognitivo y conductual.
 - Escasa formación académica y profesional.
 - Escaso interés laboral.
 - Ausencia de experiencia laboral.
 - Experiencia laboral previa negativa.
 - Carencia de hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.
 - Déficit en el proceso de elección, búsqueda y mantenimiento del puesto de trabajo.
- DERIVADAS DEL PREJUICIO SOCIAL
 - Estigma social y representación social negativa
 - Imagen laboral negativa: Falsa imagen que les presenta como incapaces o conflictivos para trabajar.
 - El papel de los medios de comunicación: la imagen negativa mediática de la enfermedad mental
- DERIVADAS DE LA SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL
 - Cambios económicos y tasas de paro.
 - Transformación del mercado laboral.
 - Competitividad y Precarización de las relaciones laborales.
 - Dificultades con Incompatibilidad con pensiones.
 - Escasez de medidas de apoyo.

Aunque algunas personas con trastorno mental pueden afrontar y avanzar en su inserción laboral utilizando los recursos normalizados (oficinas de empleo, etc.) que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo van a requerir apoyos en relación a las dificultades específicas que presentan y por tanto necesitaran procesos estructurados de rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el empleo.

3.- REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL EMPLEO

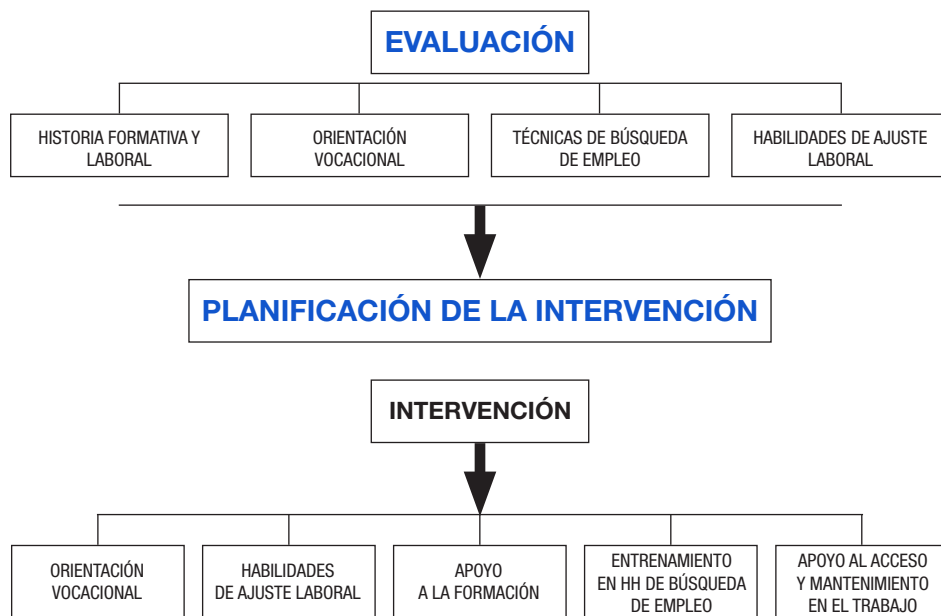
La rehabilitación laboral^{9,10}, se define como un proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con trastorno para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral. Supone facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y conocimientos necesarios para posibilitar la integración laboral de dichas personas.

La rehabilitación laboral, al igual que la rehabilitación psicosocial^{12,13}, sostiene que el individuo con problemas graves de salud mental puede aprender y mejorar su funcionamiento, tender a la normalización y aumentar su grado de autonomía e independencia.

La rehabilitación laboral se plantea para conseguir la integración sociolaboral^{14,15} plena de las personas con trastorno mental y se entiende como un proceso, con una estructura y unas fases que deben ser flexibles para ajustarse a las características de cada persona.

FIGURA 3

Fases del proceso de rehabilitación laboral



El modelo de rehabilitación laboral se ha venido desarrollando desde hace más de 20 años y ha supuesto un avance importantísimo para facilitar y apoyar los procesos de integración laboral de las personas con trastorno mental grave y exige procesos muy flexibles individualizados y ajustados a las circunstancias y especificidades de cada persona y de las posibilidades del mercado laboral.

A mediados de los años 90 se comenzó a desarrollar y extender el modelo de empleo con apoyo como un nuevo modelo para abordar la inserción laboral de las personas con discapacidad intelectual que también se aplicó en el ámbito de la salud mental¹⁶.

El modelo de empleo^{17,18} con apoyo vino a apostar por colocar e integrar a las personas con dificultades en un empleo y articular los apoyos necesarios en el propio entorno laboral para facilitar la adecuación y mantenimiento de la persona en el puesto de trabajo.

En ocasiones se plantean el modelo de rehabilitación laboral y el modelo de empleo con apoyo como si fuesen modelos enfrentados y antagónicos. Se simplifica ambos modelos considerando que el modelo de rehabilitación laboral *primero prepara y luego coloca o integra en el puesto de trabajo* mientras que el modelo de empleo con apoyo se articula como que *coloca primero y luego entrena y apoya*.

En la experiencia práctica con las personas con trastorno mental graves lo que a nuestro juicio es más útil y eficaz es hacer en una síntesis conjugada de ambos modelos y organizar un proceso individualizado e integral con cada persona que teniendo en cuenta una evaluación de sus dificultades específicas y sus capacidades y expectativas se articule un itinerario individualizado de rehabilitación laboral y apoyo al empleo que ofrezca los apoyo y entrenamiento sociolaborales necesarios en cada caso junto con la intermediación y el acompañamiento y apoyo en la búsqueda de empleo y en el apoyo al mantenimiento en el puesto de trabajo. Más que aplicar eslóganes simplificadores, lineales y dicotómicos o bien preparar y luego colocar o bien primero colocar y luego apoyar, lo que hay que articular son procesos complejos circulares más que lineales, donde se *evalúe, oriente, entrene habilidades sociales y laborales, apoye, intermedie, coloque, evalúe, entrene, apoye, supervise...*, siempre en una dinámica de intervención y apoyo individualizada y flexible ajustada a cada caso y a las circunstancias del entorno laboral y los puestos de trabajo logrados.

En la organización y el funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid se trabaja desde esa metodología de itinerarios individualizados de rehabilitación laboral y apoyo a la inserción laboral que combina e integra en relación a las circunstancias de cada caso, tanto la metodología de la rehabilitación laboral como del empleo con apoyo. Y ello se articula también en la organización de un equipo de profesionales amplio que incluye director, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de apoyo a la integración laboral (contacta e interme-

dia con el mercado laboral), preparador laboral (incorpora el *empleo con apoyo* ofreciendo apoyo en el puesto de trabajo o el entorno laboral) y 2/3 maestros de taller.

Veremos en los siguientes apartados la experiencia de estos Centros de Rehabilitación Laboral que desde la Red de Atención Social a personas con enfermedad grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

4.- LOS CENTROS DE REHABILITACION LABORAL: UN RECURSO ESPECÍFICO PARA APOYAR LA INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA COMUNIDAD DE MADRID

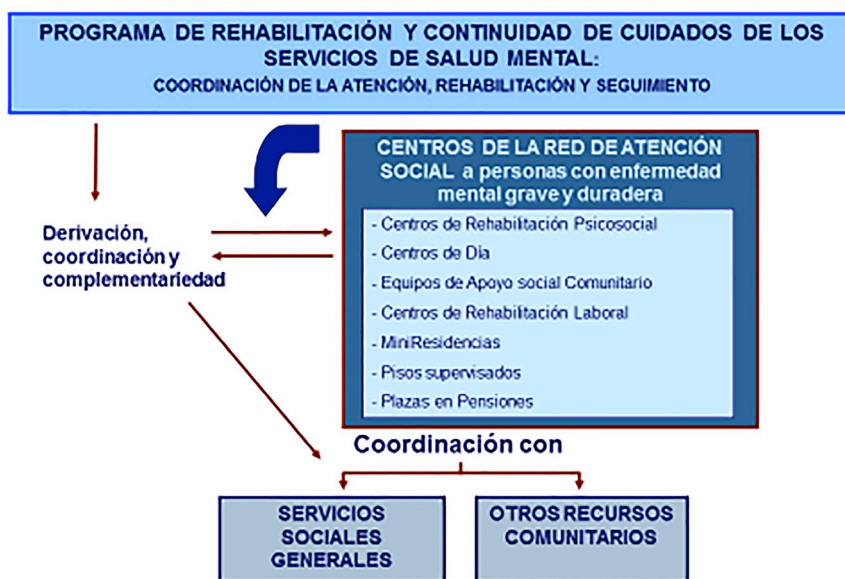
4.1. La Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera en la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid desde finales de los años 80 se viene desarrollando un modelo de atención comunitaria en salud mental que se articula desde una dinámica de coordinación y complementariedad entre la red sanitaria de salud mental dependiente de la Consejería de Sanidad y la **Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera** dependiente de la Consejería de Políticas Sociales y Familia ⁷, tal como se ilustra en la siguiente figura

FIGURA 2

*Esquema de organización de la atención comunitaria.
Coordinación y trabajo en red.*

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA: COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED



Esta Red de Atención Social se viene conformando y desarrollando desde hace casi 30 años y supone la activa implicación del sistema de servicios sociales en la atención comunitaria y la rehabilitación e integración de las personas con trastorno mental grave trabajando en esta lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de salud mental.

Las principales características organizativas de la citada Red de Atención Social se resumen a continuación:

- Compromiso activo y específico del Sistema de Servicios Sociales en la atención e integración social comunitaria. Desarrollo de una Red amplia y diversificada de centros y recursos de atención social y apoyo a la integración comunitaria.
- Coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Salud Mental. La única puerta de acceso a la red de atención social es mediante la propuesta y derivación desde los Servicios de Salud Mental de cada zona.
- Gestión descentralizada y territorializada. Coordinación, acceso y listas de espera organizadas en cada zona desde la coordinación técnica con los Servicios de Salud Mental.
- Gestión desburocratizada La atención en cada recurso de atención social se articula sobre las necesidades psicosociales y sociales y no sobre requisitos administrativos. NO se exige como requisito de acceso tener Certificado de Discapacidad ni reconocimiento del grado de Dependencia.
- Atención Gratuita. No se exige Copago.

Esta Red ha diseñada una tipología diversificada de centros y recursos de atención social especializada que se reseñan a continuación

- **Recursos sociales de Apoyo a la Rehabilitación, Integración y soporte social**
 - Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
 - Centros de Día de soporte social (CD)
 - Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)
 - Equipos de apoyo social comunitario (EASC)
- **Recursos de Atención Residencial y apoyo al alojamiento**
 - MiniResidencias (MR)
 - Pisos supervisados (PS)
 - Plazas en pensiones
- **Recursos específicos de apoyo a EMG Sin Hogar**
 - Servicio de rehabilitación y apoyo a la inserción social de personas con trastornos mentales sin hogar (PRISEMI)

- Centro de Atención Social Apoyo Reinserción EMG Sin Hogar (CD y MR Ntra Sra Valvanera).

A continuación sintetizamos las principales características de los principales tipos de centros y recursos de esta Red

☞ ***Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)***

Ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración y actividades de apoyo social, para ayudar a las personas con enfermedad mental severa y persistente a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.

☞ ***Centros de Día de soporte social (C.D.)***

Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con enfermedad mental severa y persistente con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

☞ ***Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)***

Ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

☞ ***Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC):*** Funcionan de un modo integrado y coordinado con los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental de cada Distrito, y ofrecen atención psicosocial domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental severa con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Así como con aquellos usuarios que sea necesario, ofrecen acompañamiento y apoyo para mejorar el enganche y vinculación con la red de recursos de salud mental, de la red de atención social y de servicios sociales, así como apoyo en su propio entorno a fin de mejorar su situación y calidad de vida y ofrecer apoyo a sus familias.

☞ **Alternativas Residenciales Comunitarias:**

- ***Residencias (R):*** Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas, también denominadas MiniResidencias (MR). Ofrece es-

tancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día.

- ***Pisos supervisados (PS)***: Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten.
- ***Plazas supervisadas en Pensiones (PC)***: A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.

Actualmente esta Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera, tiene actualmente a 2019 en funcionamiento un conjunto de 225 centros y recursos de atención social especializada con un total de 6.669 plazas en los que trabajan unos 1.460 profesionales; y que se articulan como una Red amplia, diversificada y territorializada que se distribuyen como sigue:

- **27 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un total de 1.953 plazas.**
- **34 Centros de Día de soporte social (CD) con un total de 1.104 plazas. (Se incluye un CD “Ntra Sra de Valvanera” de 30 plazas específico para personas sin hogar con enfermedad mental.)**
- **27 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con un total de 1.315 plazas.**
- **38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1.140 plazas.**
- **26 Residencias (R) con un total de 735 plazas. (Se incluye la Residencia “Ntra Sra de Valvanera” de 19 plazas específica para personas sin hogar con enfermedad mental.)**
- **64 Pisos supervisados (PS) con un total de 250 plazas.**
- **42 Plazas de alojamiento en Pensiones.**
- **Servicio Apoyo Reinserción social de personas enfermas mentales sin hogar (antiguo Proyecto PRISEMI) con un total de 130 plazas (Incluye 5 Pisos supervisados (20 pl) de apoyo a la reinserción).**

En cuanto a la distribución geográfica de las 6.669 plazas existentes actualmente a enero de 2019 en 225 centros y recursos, hay un total de 3.677 plazas que están situadas en el municipio de Madrid (55%) y en municipios del resto de la Comunidad de Madrid se encuentran un total de 2.992 plazas (45 %).

A continuación en la tabla 1 se sintetiza la evolución de la Red entre 2010 y 2018.

TABLA I

Evolución 2010-2018 de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera

Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental.
RESUMEN DATOS RED 2010 a 2018.

AÑO	Nº de Plazas de la RED	Nº de usuarios atendidos	Observaciones
2010	5350	6733	
2011	5629	7192	En 2011 se creció en 279 nuevas plazas
2012	5679	7416	En 2012 se creció en 50 nuevas plazas
2013	5754	7655	En 2013 se creció en 75 nuevas plazas
2014	6064	8065	En 2014 se creció en 310 nuevas plazas
2015	6064	8174	
2016	6214	8293	En 2016 se creció en 150 nuevas plazas
2017	6214	8347	
2018	6669	8867	En 2018 se creció en un total de 455 plazas; En Marzo de 2018 se creció en 200 nuevas plazas y en Julio en otras 255 nuevas plazas

Entre 2010 y 2018 la Red ha crecido en 1319 plazas

Red. Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera.
Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.
Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid



Uno de los principales ámbitos de intervención social de esta Red es de la **Rehabilitación Laboral y apoyo a la integración en el empleo** y para ello se diseñaron y se han ido desarrollando un tipo de centro de atención social especializado que se denominan **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)** cuyas principales características, objetivo y programas de intervención se reseñan a continuación.

4.2.- Definición y objetivos de los centros de rehabilitación laboral

De acuerdo al diseño establecido por la Consejería de Políticas Sociales y Familia en el marco de la *Red pública de Atención Social a Personas con Enfermedad*

Mental Grave y Duradera, los **Centros de Rehabilitación Laboral** (CRL) se conciben como un recurso social específico cuya misión fundamental es la de favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos mentales graves que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral en la empresa ordinaria, o bien en fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo), o, en su caso, sistemas de auto-empleo.

Ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

Está dirigido a aquellas personas con trastornos mentales graves, que por diversas razones no estén en condiciones de acceder directamente al mundo laboral ni de enfrentarse o manejar de un modo autónomo las diferentes exigencias que implica la integración laboral en sus diferentes componentes de elección, búsqueda, obtención y mantenimiento de un empleo y que por tanto requieren un proceso de rehabilitación laboral que les prepare y acompañe en su itinerario individualizado para la inserción laboral.

La capacidad de atención de los Centros de Rehabilitación Laboral que están en funcionamiento actualmente se sitúa en un módulo de entre un mínimo de 30 plazas y un máximo 65 plazas. La gran mayoría tienen entre 50 y 60 plazas. La capacidad de atención en este tipo de centros tiene un margen de elasticidad teniendo en cuenta que la atención se va ajustando a las necesidades de los distintos usuarios atendidos y a lo establecido en su plan individualizado por lo que la asistencia es distinta en cada usuario y en los distintos momentos de la intervención y que además parte de las actividades se desarrollarán fuera del centro buscando la normalización e integración comunitaria de los usuarios.

La organización de un Centro de Rehabilitación Laboral y los programas y actividades que en él se desarrollarán buscan servir a la consecución de los siguientes **objetivos**:

- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando a los usuarios de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral en fórmulas de empleo protegido, autoempleo o en la empresa ordinaria de aquellos usuarios que tras un proceso de rehabilitación estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación profesional y con el mercado laboral existente.

- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inserción en el mundo del empleo de las personas con trastornos mentales graves.

Los problemas en el área vocacional-laboral serán diferentes en cada uno de los usuarios en función de múltiples factores: historia laboral previa, nivel de formación y cualificación profesional, déficits en hábitos laborales y habilidades sociales, estado actual de problemas psicopatológicos, apoyo social y familiar, etc. Todos estos factores interactúan de un modo singular en cada caso, y exigen por ello, un proceso de evaluación, programación e intervención en rehabilitación laboral que se adecue a las necesidades, objetivos y problemática de cada sujeto. Teniendo esto presente, el trabajo de los CRL se ajustará el proceso de rehabilitación laboral y preparación y apoyo para la inserción laboral al perfil de problemáticas, déficit y recursos de cada usuario de modo que asegure el desarrollo de acciones que maximicen sus posibilidades de recuperación para llevar una vida laboral lo más normalizada posible. Señalar también que un CRL No tendrá carácter de centro de trabajo, por lo que no podrá participar en operaciones regulares de mercado ni incluir relaciones laborales.

Los CRLs cuentan con un equipo multiprofesional formado por: 1 Director/ Coordinador (psicólogo/a), 1 Psicólogo/a, 1 Técnico de apoyo a la inserción laboral (TAIL, contacto e intermediación con el mercado laboral), 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Preparador Laboral (apoyo en el puesto de trabajo; empleo con apoyo), 3 Maestros de Taller, 1 Auxiliar Administrativo.

4.3.- Población diana: características generales

Los CRL están dirigido a atender a aquellas personas con trastornos psiquiátricos crónicos que por diversas razones no estén en condiciones de poder acceder directamente al mundo del trabajo ni enfrentarse o manejar de un modo autónomo las diferentes exigencias que implica la integración laboral en sus diferentes componentes de elección, búsqueda, obtención y mantenimiento de un empleo y que por tanto requieren de un proceso intensivo de rehabilitación que les prepare para su inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo.

El perfil general de la población a atender en un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) es el siguiente:

- Tener una enfermedad mental grave y duradera (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos paranoides, otras psicosis, y trastornos graves de personalidad)
- Tener una edad entre 18 y 50 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.

- Los usuarios han de estar atendidos por los Servicios de Salud Mental de referencia que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel mínimo de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

La selección y derivación de usuarios se hace en coordinación con los Servicios de Salud Mental de la zona que se encargan del tratamiento y seguimiento psiquiátrico, y con los que se trabajará en estrecha colaboración para favorecer una actuación coherente e integrada que favorezca el proceso de rehabilitación laboral. Cada Centro de Rehabilitación Laboral en coordinación con los Servicios de Salud Mental responsables de la derivación y seguimiento de cada caso, trabajaran para favorecer y priorizar el acceso de mujeres con enfermedad mental a los centros para fomentar la igualdad entre hombres y mujeres y disminuir la brecha existente en el acceso a los recursos.

4.4. Areas de actuación, metodología y programas de intervención

De acuerdo a este diseño general de CRL, en cada Centro de Rehabilitación Laboral se ofrecerán y desarrollarán los siguientes servicios o áreas de actuación:

- ***Programas individualizados de Rehabilitación Laboral:*** Encaminados a preparar y capacitar a cada usuario para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral. Incluyen un amplio abanico de actividades: Orientación vocacional, entrenamiento de hábitos básicos de trabajo, entrenamiento de habilidades sociales de ajuste laboral, apoyo a la formación y cualificación laboral, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, etc. Dichas actividades se ajustarán a las necesidades de cada caso de acuerdo lo establecido en su plan individualizado. Las diversas actividades que componen cada una de las fases del proceso de rehabilitación profesional-laboral constituirán el núcleo esencial del proceso de intervención en un CRL. Esquemáticamente estas actividades incluirán:

- Evaluación funcional vocacional-laboral.
- Orientación vocacional.
- Diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación laboral.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo.

- Entrenamiento en habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la Formación profesional.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.

- **Apoyo a la Integración laboral y seguimiento:** Una finalizado el proceso específico de rehabilitación laboral y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, en cada CRL desarrollarán un proceso flexible y específico de apoyo a la integración laboral, especialmente en el mercado laboral ordinario. Así como un seguimiento y apoyo que asegure el mantenimiento en el puesto de trabajo obtenido.

- **Contacto y coordinación con el mercado laboral:** En los CRL se desarrolla toda una labor de contacto, coordinación e intermediación con el mercado laboral. Para ello habrán de contactar con los recursos laborales de la zona, conocer los puestos de trabajo que se ofertan. Además, informará a las distintas empresas y entidades de la capacidad laboral de los usuarios, de las ayudas, subvenciones y exenciones de las que se podrían beneficiar aquellos empresarios que contraten a “ personas con enfermedades mentales graves” con calificación de discapacidad. Y ofrecerán apoyo a las empresas en las que se integren los usuarios para asegurar un adecuado soporte y la facilitación del mantenimiento del puesto de trabajo obtenido. También prestará apoyo y asesoramiento para la creación de iniciativas empresariales que faciliten la contratación e integración laboral de los usuarios con trastornos mentales. En suma, desde el C.R.L. se propiciarán y fomentarán todas las posibilidades que fomenten la integración laboral de este grupo.

Se desarrollará complementariamente un trabajo específico de contacto y coordinación tanto con los recursos de formación laboral existentes (Cursos SEPE, Curso del Servicio regional de empleo o Agencias locales de empleo, Academias de formación laboral-ocupacional, Centros de F.P. etc.) para favorecer y apoyar el acceso de los usuarios a los mismos de cara a mejorar su cualificación laboral, como con el tejido laboral para facilitar y fomentar la contratación laboral de este colectivo.

Con cada usuario, por tanto, se desarrollará un proceso individualizado de rehabilitación vocacional-laboral y apoyo a la integración en el mercado laboral, encaminado a favorecer la adquisición o recuperación del mayor grado posible de hábitos y capacidades laborales y a favorecer su acceso y mantenimiento en un puesto de trabajo dentro del mercado laboral. El proceso de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mercado laboral se organizará de un modo flexible, continuado y progresivo adaptándose a las características, problemáticas y necesidades específicas de cada usuario y de su entorno sociocomunitario concreto.

Y se desarrollará a través de un proceso articulado esquemáticamente en 3 fases estrechamente relacionadas: Evaluación, Intervención y Seguimiento. Dichas fases no deben entenderse ni ejecutarse de un modo consecutivo rígido sino más bien como diferentes momentos en el proceso global de atención, intervención y apoyo.

A continuación se describirán para los CRL los objetivos y actividades que componen el proceso global de atención e intervención en sus diferentes fases o momentos, que debe de realizar el equipo de cada Centro:

4.4.1 Metodología y proceso de intervención

- ACOGIDA Y ENGANCHE:

Desde cada centro se trabajará activa y específicamente para asegurar el adecuado **enganche** de los usuarios que les sean derivados desarrollando para ello las actividades que resulten pertinentes (información, acogida, asesoramiento, acompañamiento, visitas a domicilio, apoyo social, etc.), buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación vocacional-laboral.

- EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

La **evaluación**¹⁹ será, igualmente, una pieza clave de todo el proceso de rehabilitación vocacional-laboral, no solo en el momento inicial sino a lo largo de todo el proceso de intervención y seguimiento. Para diseñar y planificar con cada sujeto un programa de actividades y entrenamiento encaminados a mejorar su funcionamiento laboral es necesario conocer con precisión información concreta y operativa acerca de sus problemas, déficits y habilidades, nivel de cualificación, historia laboral previa, intereses vocacionales, y cuantos otros resulten relevantes. Esta fase de evaluación recogerá la información a través de entrevistas estructuradas, cuestionarios, observación in vivo, role playing, etc.; respecto a los diferentes aspectos relevantes para la rehabilitación laboral del sujeto, permitiendo así, especificar los problemas y déficits que presenta, de tal modo que se pueda establecer un proceso de intervención ajustado a sus características y necesidades.

Sin ánimo de ser exhaustivos, esta fase de evaluación funcional recabará información sobre:

- Historia laboral previa (trabajos realizados, duración, nivel de competencia y cualificación logrados, problemas, etc.).
- Intereses vocacionales y objetivos laborales actuales.
- Hábitos de trabajo (asistencia, puntualidad, concentración en el trabajo, organización y realización de tareas, uso y cuidado de herramientas y equipamiento, seguimiento de instrucciones, etc.).

- Habilidades sociales en ambientes laborales (interacción con compañeros y supervisores, inicio y mantenimiento de conversaciones, aceptación de críticas, expresión de críticas y sentimientos negativos, peticiones, ofrecimiento de ayuda, etc.)
- Habilidades de búsqueda de empleo.
- Otros problemas psicológicos que afecten al desempleo laboral (baja autoestima, problemas de atención, baja tolerancia al estrés, etc.).
- Opciones laborales existentes en las que podría integrarse el sujeto (características, perfil y exigencias del puesto, nivel de apoyo y supervisión necesarios o que ofrecen, etc.).
- Recursos económicos de que dispone.
- Apoyo socio-familiar con el que cuenta (características, expectativas, demandas, etc.).

La evaluación no deberá realizarse, de un modo rígido, sólo como una fase previa a la intervención sino que deberá articularse como una dimensión esencial de todo el proceso de intervención guiando, orientando y sirviendo de criterio de reajuste de las diferentes estrategias de intervención y apoyo. La metodología de evaluación se servirá de cuantos métodos o instrumentos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación en contextos naturales, etc.) resulten útiles y relevantes de acuerdo a las características del usuario y su medio y a los objetivos del proceso de rehabilitación laboral.

El proceso de intervención se estructurará a través del diseño de un **plan individualizado de rehabilitación laboral**²⁰ que establecerá de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de trabajo dentro del proceso global de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mercado laboral de cada usuario, así como articulará el tipo de intervenciones a desarrollar. Este plan deberá realizarse por escrito y ser presentado y consensuado con el usuario y su familia.

Cada usuario tendrá asignado un “tutor” que será su profesional de referencia, encargándose de la supervisión y coordinación global de todas las actividades implicadas en su plan individualizado, de las intervenciones individuales necesarias, de su seguimiento así como de las actuaciones de apoyo y asesoramiento puntual a la familia. Una vez establecido el plan individualizado e iniciada la intervención, se desarrollará una evaluación continuada de la misma que se ira realizando como mínimo cada 6 meses, en función de la que se reajustará de un modo flexible el plan individualizado de rehabilitación reorientado y adaptando el proceso de intervención.

- INTERVENCIÓN EN UN CRL: Metodología, áreas de trabajo y actividades:

- **Metodología**

La **intervención en el CRL**²¹ se realizará utilizando diferentes estrategias tanto con el usuario (orientación vocacional, entrenamiento y recupe-

ración de hábitos laborales básicos y capacidades de ajuste al entorno laboral, apoyo a la formación ocupacional, orientación y asesoramiento laboral, acompañamiento y apoyo a la inserción en el mercado laboral, actividades de apoyo al mantenimiento del empleo), como con (y en) el entorno laboral en el que puede insertarse el usuario (información, sensibilización, coordinación con recursos de formación profesional-ocupacional para mejorar la cualificación de los usuarios, intermediación, coordinación y apoyo con el tejido laboral para favorecer la contratación de los usuarios, acciones de apoyo y fomento de empleo.).

Todas estas estrategias de intervención se irán combinando y organizando específicamente de acuerdo a las características y necesidades de cada usuario a través de su plan individualizado de rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mercado de trabajo, con el fin primordial de mejorar sus capacidades y habilidades laborales y de posibilitar y avanzar en su integración laboral normalizada, ofreciéndole el apoyo necesario. La intervención se realizará tanto de un modo individual como en grupos teniendo en cuenta lo establecido en el plan individualizado de rehabilitación de cada usuario.

• ***Áreas de Intervención y actividades a desarrollar en el CRL:***

1.- REHABILITACIÓN LABORAL.

La rehabilitación laboral es el ámbito fundamental del trabajo a desarrollar desde un CRL. Con ella nos estamos refiriendo a un proceso complejo encaminado a preparar y capacitar a las personas con trastornos mentales graves para su integración y/o reinserción laboral. Aunque esta población presenta una problemática general compartida: desempleo, dificultades laborales y un objetivo común de lograr la máxima integración en actividades productivas remuneradas y lo más normalizadas posibles; la problemática concreta varía de un individuo a otro en función de múltiples factores, algunos ya mencionados, de tal suerte que las necesidades, déficit, recursos y objetivos serán también diferentes de un individuo a otro. Por ello, todo proceso de rehabilitación ha de ser diseñado y ajustado a los problemas y necesidades concretas de cada individuo.

Este proceso individualizado de rehabilitación implica una serie de actividades que han de ser entendidas como un continuo de elementos necesarios para alcanzar un objetivo final, sin que ello quiera decir que todos los sujetos pasen por todos ellos ni reciban las mismas intervenciones.

La intervención en esta área, por tanto, deberá cubrir todos los aspectos del funcionamiento laboral. En este sentido desde el centro se trabajarán al menos las siguientes áreas, adaptándose específicamente a las necesidades de cada usuario y a los objetivos establecidos

- Orientación vocacional.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la Formación profesional
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.

Antes de pasar a describirlas sintéticamente, indicar que no todas se desarrollarán dentro del CRL; algunas como por ejemplo las actividades de formación se impartirán fundamentalmente en los recursos de formación existentes en la comunidad. Siempre y en la medida de lo posible optimizará la utilización de recursos normalizados; no obstante desde los CRL se organizará todo el proceso de rehabilitación profesional-laboral de cada sujeto en el que algunas actividades o entrenamientos se llevarán a cabo en el C.R.L. y otras en otros recursos de formación o laborales existentes y disponibles.

Orientación vocacional

Un paso necesario de cara al proceso de rehabilitación laboral es definir con claridad los intereses y objetivos laborales de los usuarios. En muchos casos y por diversas razones (escasa historia laboral, poco conocimiento de opciones relacionadas con su nivel de formación, expectativas no realistas, falta de motivación, etc.) los usuarios requerirán un trabajo de información y orientación vocacional que permita aclarar y definir sus preferencias laborales así como delimitar el tipo de trabajos disponibles y posibles que se ajustan a su nivel de formación, competencia y funcionamiento.

Esto permitirá definir objetivos laborales lo más ajustados a la realidad y posibilidades de cada sujeto y a las oportunidades del mercado laboral. Es fundamental evitar plantearse metas demasiado difíciles o excesivamente alejadas de la realidad del usuario y del contexto laboral existente.

Esta labor de orientación vocacional no se limitara a la utilización de las tradicionales baterías de test de aptitudes o intereses sino que implicara un proceso de información y valoración acerca de las áreas laborales y ocupacionales más ajustadas a las posibilidades y nivel de cada sujeto, puestos disponibles y/o con mayor futuro laboral, visitas a centros de trabajo, charlas con trabajadores, etc. Tratando no sólo de perfilar los intereses y objetivos más o menos confusos que tenga cada uno, sino también de desarrollar nuevos intereses en áreas con mayor probabilidad de integración laboral según sus características y posibilidades.

Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades de ajuste laboral

En muchas ocasiones los problemas y dificultades en el funcionamiento laboral de los sujetos con trastornos psiquiátricos crónicos están re-

lacionados no tanto con su competencia técnica como con los déficits que presentan en lo que podríamos llamar habilidades de ajuste laboral. Estas implican, por un lado, **hábitos básicos de trabajo**, es decir, el conjunto de habilidades necesarias para adecuarse a las normas y requerimientos de una situación laboral. Aunque puede haber variaciones dependiendo de los diferentes puestos de trabajo, en general incluyen: asistencia y puntualidad, apariencia y presentación personal, seguimiento de instrucciones específicas, comenzar y completar tareas, capacidad de iniciar nuevas tareas, trabajar de un modo independiente, concentración en el trabajo, cuidado del equipo y herramientas, etc. Y por otro lado, las **habilidades sociales** necesarias para interactuar con compañeros y supervisores así como manejar los problemas y situaciones interpersonales que se presenten. Entre estas habilidades sociales de manejo en el mundo laboral se incluyen entre otras las siguientes: interacción con compañeros, capacidad para iniciar y mantener conversaciones, capacidad para solicitar y ofrecer ayuda, habilidad para recibir y expresar críticas, afrontamiento y manejo de situaciones de tensión o estrés, etc. Diversos estudios han puesto de relieve la importancia de estas habilidades de ajuste laboral en relación con el funcionamiento laboral y han evidenciado, junto con la historia laboral previa, que son los mejores predictores del desempeño y ajuste laboral futuro.

El entrenamiento y recuperación de hábitos y capacidades en estas dos áreas se desarrollará en el marco del CRL a través de diversos talleres laborales de carácter polivalente que permitan ofrecer un contexto laboral simulado apropiado para la intervención individualizada con cada usuario en hábitos básicos de trabajo y en habilidades sociales de ajuste al entorno laboral.

Estos talleres de rehabilitación laboral tienen un carácter diferente de los habituales talleres ocupacionales, su función no es meramente ocupacional sino rehabilitadora como contexto de entrenamiento de los hábitos y capacidades que cada usuario necesite para avanzar en su proceso de preparación para la inserción laboral. En los talleres de rehabilitación laboral o talleres pre-laborales se organizan actividades que por su polivalencia puedan servir a estos objetivos. Como indicación general se organizaran al menos 3 talleres en distintas áreas laborales que por su interés y polivalencia puedan resultar apropiadas como: *Ofimática/Nuevas Tecnologías* (informática, Internet, páginas Web, grabación de datos, manejo ofimática, etc.), *Mantenimiento/Oficios* (carpintería, electricidad, pintura, restauración, mantenimiento edificios, etc.), *Jardinería/Medio Ambiente y/o cualquier otra Área laboral que se considere relevante y útil* de cara al proceso de preparación e inserción laboral de los usuarios.

Su dimensión específicamente rehabilitadora se fundamenta en una condición básica de su funcionamiento: las tareas que en ellos se realizan se ajustan siempre a las necesidades individuales de cada usuario en su proceso de rehabilitación laboral. Ello además es posible, gracias a que los talleres no tienen un carácter productivo por lo que se evita el condicionamiento derivado de la necesidad de cumplir ritmos de producción o exigencias de rendimiento. De todos modos las tareas que cada persona realice en el contexto de los talleres deben tener un planteamiento verosímil, a pesar de no ser productivos, deben organizarse de manera que tengan un sentido específico para cada usuario, un por qué y un para qué desde el momento mismo de iniciar el proceso de intervención en rehabilitación laboral. El usuario requiere que la utilidad de la tarea o tareas se establezca en dos direcciones: Una interior hacia sí mismo como protagonista de su propio proceso, como un paso necesario para avanzar en su rehabilitación laboral; y Otra exterior, en la que la tarea concreta se realiza con un fin verosímil y práctico relevante para el usuario. Esta segunda dirección, la esencia de lo útil, gracias a la cual “yo realizo un trabajo, una tarea que sirve para algo”, es lo que ofrece al usuario el estímulo diario y le permite sentirse verdaderamente participe de un ámbito laboral desde el momento de iniciar el proceso de rehabilitación.

Apoyo a la Formación laboral

Es evidente que un aspecto importante para facilitar la integración laboral de este colectivo es mejorar su formación y cualificación laboral que en gran parte de los casos es bastante escasa. La formación profesional-ocupacional habrá de facilitar la mejora y adaptación de la cualificación laboral de cada usuario en relación a su objetivo laboral (establecido en su plan individualizado de rehabilitación laboral) que deberá ser realista y vinculado a las posibilidades reales del mercado laboral y promover su empleabilidad.

Las diferentes actividades y talleres que se desarrollarán en el CRL no tienen una función específicamente formativa. No se trata de ofrecer a los diferentes usuarios la formación profesional-ocupacional que cada uno precise en relación a su objetivo laboral concreto, lo cual resultaría, entre otras cosas, imposible. La formación que cada usuario necesite debe realizarse, en la medida de lo posible, utilizando la oferta de formación ocupacional normalizada existente. La función del CRL a través del proceso de rehabilitación laboral es la de servir de apoyo y complemento a la formación laboral. A través de la rehabilitación se podrá ayudar al usuario a elegir la oferta formativa más idónea a sus posibilidades y preferencias y a la realidad del mercado; asimismo se entrenarán aquellos hábitos de tra-

bajo, habilidades sociales y destrezas cognitivas necesarias para la adecuada realización y aprovechamiento de la formación y se apoyará al usuario durante todo el proceso formativo. Así pues, el CRL favorecerá que la mayor parte de sus usuarios reciban su formación profesional laboral para mejorar su cualificación y empleabilidad, en opciones normalizadas de formación: Cursos del SEPE, Agencias Regionales o locales de empleo, Casas de Oficios, Cursos de la Fundación ONCE, Centros de formación profesional, etc. Esta labor es de gran importancia para permitir a los usuarios recibir la formación que más se ajuste a sus intereses y objetivos, así como para fomentar una mayor normalización de su atención, al propiciar el uso de recursos de formación profesional existentes en la propia comunidad. El equipo del CRL establecerá una coordinación concreta con el recurso de formación al que acceda el sujeto ofreciendo el apoyo y supervisión necesarios.

Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo

Antes de acceder al mercado laboral, muchos de los sujetos requerirán un proceso de entrenamiento de habilidades de búsqueda de empleo. Ser capaz de buscar empleo implica un amplio y heterogéneo conjunto de habilidades y conocimientos de los que muchos de los usuarios carecen o presentan diversos déficits. Por ello, en el CRL se ofrecerá un programa de entrenamiento, ajustado a las necesidades y nivel de cada individuo, que lo haga más competente y autónomo en la compleja tarea de buscar trabajo. En dicho programa se entrenarán, entre otros, los siguientes aspectos: *Identificar y usar las fuentes de información existentes sobre ofertas de trabajo. Discriminar y seleccionar las ofertas que más se ajusten a sus intereses y posibilidades. Aprender a elaborar curriculum laborales. Escribir cartas de presentación y cumplimentar solicitudes. Identificar y realizar los trámites pertinentes (inscripción en el registro del INEM, etc.). Presentación y manejo de entrevistas laborales (explicar cualidades y méritos, responder a preguntas, hacer preguntas, solicitar aclaraciones, etc.).* En suma, con el entrenamiento en búsqueda de empleo se pretende que el usuario adquiera las habilidades, conocimientos y destrezas necesarios para encontrar y acceder a un empleo.

El anterior listado no debe entenderse como una relación de programas específicos estructurados por los que tengan que pasar necesariamente todos los usuarios sino como un conjunto de áreas relevantes en el ámbito del funcionamiento laboral que se deberán desarrollar o no de acuerdo a la problemática y necesidades específicas de cada usuario y a lo establecido en su plan individualizado.

2.- APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL Y SEGUIMIENTO

Tras el proceso de intervención y entrenamiento en rehabilitación laboral muchos de los sujetos podrán estar en condiciones de desempeñar actividades laborales productivas de un modo más o menos normalizado. El CRL, desde su ámbito de actuación concreto, desarrollará una labor dinámica que maximice las oportunidades de inserción laboral de los usuarios que tras pasar un proceso activo y estructurado de rehabilitación laboral estén en condiciones de implicarse en actividades laborales.

Así pues, el CRL, ofrecerá apoyo y supervisión a los usuarios que hayan podido integrarse en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen. Realizará, también, un seguimiento periódico de los usuarios a fin de valorar el mantenimiento de los logros obtenidos tras el proceso de rehabilitación y contribuir a solventar los problemas y dificultades que aparezcan. Asimismo, el CRL basándose, cuando sea posible, en una metodología de “empleo con apoyo”, con la figura de preparador laboral del equipo ofrecerá apoyo y supervisión a los usuarios que hayan podido integrarse en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen. Realizará, también, un seguimiento periódico de los usuarios a fin de valorar el mantenimiento de los logros obtenidos tras el proceso de rehabilitación y contribuir a solventar los problemas y dificultades que aparezcan. Como apoyo a los procesos de apoyo a la inserción laboral contarán con la figura del preparador laboral como elemento específico para el desarrollo de esta tarea y para la organización de procesos de inserción y mantenimiento en el puesto de trabajo basado en el modelo de “*empleo con apoyo*”. Esta labor de seguimiento no se circunscribirá sólo a los que se integren en algún trabajo, sino también a aquellos que no hayan podido hacerlo, de modo que les permita mantener lo conseguido y ofrecerles ayuda continuada en la tarea de buscar alguna oportunidad laboral que se ajuste a sus posibilidades.

3.- CONTACTO Y COORDINACIÓN CON EL TEJIDO LABORAL

El CRL habrá de contactar con los recursos laborales de la zona, conocer los puestos de trabajo que se ofertan y hacer una labor de intermediación con el tejido empresarial. Además, informará a las distintas empresas y entidades de la capacidad laboral de los usuarios, de las ayudas, subvenciones y exenciones de las que se podrían beneficiar aquellos empresarios que contraten a “personas con trastorno mental grave” con calificación de discapacidad. También prestará apoyo y asesoramiento para la creación de iniciativas

empresariales que faciliten la contratación e integración laboral de enfermos mentales crónicos. En suma, desde el CRL se propiciarán y fomentarán todas las posibilidades que fomenten la integración laboral de los usuarios con trastorno mental grave.

4.5. Resultados de inserción logrados por los crls

Los CRLs vienen demostrando desde hace muchos que son un recurso útil y eficaz para facilitar la inserción laboral de las personas con trastorno mental grave.

En los CRLs ²² desde hace años se vienen alcanzando resultados muy significativos de inserción laboral: Entre 2003 y 2007 se insertaron 1,122 personas, casi el 50% de los usuarios atendidos en los CRL se integraron cada año sobre todo en empleo ordinario (70%). En 2008 se insertaron 401 usuarios, el 41% del total de 977 atendidos en los 18 CRLs en funcionamiento en dicho año. Y en 2009 se empezó a notar el efecto de la crisis, se atendieron a un total de 1.104 usuarios y se integraron laboralmente un total de 410 usuarios lo que supuso el 37% respecto al total de usuarios atendidos en 2009.

A partir de 2010 se fue poco a poco mejorando los resultados de inserción hasta llegar al dato de 2018 en que se logró un 67%. En la tabla 2 se resumen los datos de inserción logrados entre 2010 y 2018 en los CRLs de la Red.

TABLA 2

Resumen Datos de inserción laboral logrados por los CRLs entre 2010 y 2018.

Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental. RESUMEN DATOS INSERCIÓN LABORAL 2010 a 2018 en los CRLs .

AÑO	Nº de Plazas de CRLs	Nº de usuarios atendidos	Nº de usuarios con Actividad Laboral	% de Inserción Laboral
2010	890	1137	507	44,6 %
2011	950	1260	619	49,13 %
2012	960	1313	602	45,8 %
2013	980	1330	631	47,4 %
2014	1050	1351	675	50 %
2015	1090	1460	791	54,2 %
2016	1165	1532	868	56,7 %
2017	1165	1537	971	63,2 %
2018	1165	1525	1,026	67,3 %

Veremos con más detalle los últimos datos logrados en 2018 en los Centros de Rehabilitación Laboral: En 2018 en los 22 CRLs que han funcionado todo el año 2018 (a julio de 2018 se abrieron 5 nuevos CRLS de 30 plazas cada uno, pero dado los pocos meses de funcionamiento que llevan, sus datos no se incluyen el los datos globales de inserción logrados en 2018) se ha logrado seguir mejorando los resultados de inserción logrados en 2017 y años anteriores:

En 2018 los 22 CRLs que venían ya funcionando con un total de 1165 plazas se han atendido en el conjunto del 2018 a un total de 1525 usuarios (muy similar a 2017 que fueron 1537). De los 1525 usuarios atendidos en 2018 de ellos un total de 1026 usuarios tuvieron actividad laboral en 2018 lo que supone un 67,3 % de inserción laboral (lo que supone una mejora de un 4,1 % respecto a 2017 que se logró que 971 usuarios tuvieron empleo de los 1537 atendidos que supuso un 63,2 % de inserción en 2017). En cuanto a la atención por sexos de los 1525 usuarios atendidos en 2018, 982 fueron Hombres (64,4 %) y 543 fueron mujeres (35,6 %). Ha mejorado en 0,7 puntos la atención a mujeres respecto a 2017 que hubo un 34,9 % de Mujeres. Se continúa la tendencia a reducir un poco cada año la brecha de género y aumentar algo cada año el número de mujeres atendidas. Habrá que seguir trabajando para seguir disminuyendo esta brecha de género y que las mujeres tengan más oportunidad de atención en los CRLs.

Los 1026 usuarios que tuvieron actividad laboral en 2018 lograron un total de 1642 empleos o inserciones (dado que un mismo usuario puede tener varios empleos/inserciones en el año debido a que muchos son contratos temporales).

La distribución de estos empleos /inserciones en 2018 por tipo de empresa fue: 35,5 % en empresa ordinaria (en 2017 fue del 39,1 %); 59,9 % en empleo protegido CEE (en 2017 fue del 54,6 %) y un 4,6 % en actividades laborales no reguladas (en 2017 fue del 6,3 %). Ha subido en unos 5 puntos los empleos en empleo protegido (CEE), ahora bien hay que señalar un dato adicional en relación cuantos empleos contratados en CEE pero que se desarrollan en empresas ordinarias (es una práctica cada vez más frecuente en muchas empresas contratar los servicios de un CEE pero que los trabajadores desempeñen su trabajo en las empresas ordinarias) y aquí surge un dato de gran interés de los 984 empleos contratados en CEE de ellos 621 (63,1%) se realizan en empresas ordinarias.

Por tipo de contrato la gran mayoría fueron contratos temporales un 76,9 % (en 2017 fue del 76,2 %) y un 17,7 % contratos indefinidos (en 2017 fue del 16,4 %) y un 5,4 % sin contrato (en 2017 fue del 7,4 %). Sigue evidenciándose el problema de la temporalidad de los contratos que caracteriza la actual situación del mercado laboral y se continua la tendencia de años anteriores de que la gran mayoría son contratos temporales, pero mejora algo en 1,3 puntos la contratación indefinida y se reduce en 2 puntos aquellos sin contrato. En cuanto a tipo de jor-

nada el 50,8 % fue a jornada completa (en 2017 fue del 53,3 %), el 34,6 % fue jornada parcial (en 2017 fue del 33,6 %) y el 12,8 % contratos por horas (<20 h) (en 2017 fue del 13,1 %). Por sector la inmensa mayoría un 89,6% fue en empresas del sector privado, un 2,8 % en el sector público (Ayuntamientos, empresa públicas) y hay que destacar que hubo 124 empleos (7,6 %) dentro de centros de la propia Red. Resultados similares a 2017 en estos aspectos.

Asimismo señalar que en 2018 de los 1525 usuarios atendidos en 2018 en los 22 CRLs que han funcionado todo el año un total de 551 participaron en actividades de formación laboral para mejorar su cualificación y empleabilidad lo que supone un 36,1% respecto al total de atendidos en 2018.

Señalar otro dato adicional relevante y es el referido a cuantos usuarios atendidos en los CRLs han participado en prácticas no laborales (una actividad muy utilizada en la experiencia de los CRLs y de gran valor y efecto para su posterior inserción laboral) y el dato es de gran interés un total de 190 usuarios han realizado prácticas no laborales lo que supone un 12,5% de los usuarios atendidos en 2018 (1525) y lo más interesante es que de ellos 98 se han insertado en empleo tras las practicas lo que supone un 51,6% de inserción y evidencia el interés, utilidad y eficacia de estas prácticas no laborales como trampolines hacia la inserción laboral.

Por ultimo indicar que en julio de 2018 se abrieron 5 nuevos CRLs concertados de 30 plazas cada uno (C. Lineal, Pte Vallecas, Arganzuela, Parla y Coslada) y que comenzaron progresivamente la atención a usuarios durante el último semestre, dados los pocos meses que tienen de funcionamiento no incluimos sus datos en los cómputos globales aunque si hemos recogido sus datos a efectos informativos: Así en estos 5 nuevos CRLs de 30 plazas c/u y un total de 150 plazas se ha atendido en estos meses a un total de 167 usuarios, de los que 93 eran hombres (55,7%) y 74 mujeres (44,3 %). De los 167 usuarios atendidos se logró a pesar de los pocos meses de funcionamiento que 33 usuarios tuvieran actividad laboral lo que supone un 19,8% de inserción laboral. Destacar también que 42 de los usuarios atendidos han participado en acciones de formación laboral lo que supone un 25,1% de los atendidos. Es decir estos 5 nuevos CRLs pesar del poco tiempo de funcionamiento ya evidencian buenos logros.

TABLA 3

Datos desglosados de inserción laboral logrados por los CRLs en 2018.

DATOS GLOBALES DE INSERCIÓN LABORAL DE USUARIOS EN EL AÑO 2018 EN LOS 22 CRLs que han funcionado todo el año 2018			
TIPO DE CENTRO	C.R.L.	TOTALES	
	PLAZAS		%
	Atenciones en el año el CRL	1.525	-
	Mujeres Atendidas	543	35,6%
	Hombres Atendidos	982	64,4%
	Nº Usuarios con actividad laboral en 2018, que se han insertado o mantenido en el empleo en 2018	1.026	67,3%
	Mujeres Atendidas	362	35,3%
	Hombres Atendidos	664	64,7%
	Nº de empleos o integraciones laborales en 2018	1.642	0,0%
Por tipo de empresa	Ordinaria	583	35,5%
	Empleo Protegido	584	59,9%
	Actividad NO Regulada	75	4,6%
Por tipo de contrato	Contrato temporal	1.262	76,9%
	Contrato indefinido	291	17,7%
Por Tipo de Jornada	Sin contrato	89	5,4%
	Completa (35-40H)	864	52,6%
Por Sector	Parcial (20-34H)	568	34,6%
	Por Horas (<20H)	210	12,8%
	Público	46	2,8%
Por Sector	Privado	1.472	89,6%
	En la Red	124	7,6%
	Nº Usuarios que han realizado en 2018 actividades de formación Laboral/ocupacional	551	36,1%
	Nº Usuarios y % que han realizado en 2018 Prácticas no Laborales en Empresas / Entidades	190	12,5%
	Nº Usuarios y % en 2018 que tras hacer Prácticas no Laborales se han integrado laboralmente	98	61,6%
	Nº de Empleos y % en 2018 en Empleo Protegido que han desempeñado su trabajo en Empresa Ordinaria	621	63,1%

Así pues, en 2018 los CRLs han logrado unos positivos resultados de inserción laboral gracias al trabajo de los equipos multiprofesionales de los CRLs y al esfuerzo de los usuarios.

La experiencia y los resultados de inserción laboral de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRLs), de la *Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera* de la Consejería de Políticas Sociales y familia de la Comunidad de Madrid, demuestran su utilidad y eficacia y facilitan que muchas personas con trastorno mental grave pueden trabajar si cuentan con el apoyo oportuno que les permita desarrollar itinerarios flexibles e individualizados de inserción laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez, A. (Coord.): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.1997
- (2) Blanco de la Calle, A. El enfermo mental con Discapacidades psicosociales, en Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D., (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*, Síntesis, Madrid, 2010.
- (3) Rodríguez, A. Sobrino, T.; Galilea, V., Colis, J., González J. y Orviz S.: Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En A. Rodríguez (Coord.): *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide. 1997.p. 329-361
- (4) Consejería de Integración Social: *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid. 1988. Documento técnico.
- (5) Consejería de Servicios Sociales: *Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 1999. Documento técnico.
- (6) Consejería de Servicios Sociales: *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2003.
- (7) Consejería de Políticas Sociales y Familia: *Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera*. Dirección General de Atención a personas con Discapacidad. Comunidad de Madrid. 2019. Documento técnico. <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-social-personas-enfermedad-mental>.
- (8) Colis, J., “Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica”, en Rodríguez A. (Coord): *Rehabilitación Laboral de Personas con Enfermedad Mental Crónica: programas básicos de intervención*, Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, 2001. p.46-53.
- (9) Ciardiello, J.A. y Bell, M.D. (eds): *Vocational Rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders*: Baltimore: John Hopkins University Press., 1988.
- (10) Rodríguez A. (Coord) (2001): *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 14; 2001
- (11) Sobrino T.: Rehabilitación Laboral y apoyo a la integración en el empleo, en Sobrino. T. y Rodríguez, A.: *Intervención Social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Editorial Síntesis, Colección Análisis e Intervención Social nº 10. 2007. p. 155-183.
- (12) Blanco, A.; Pastor, A y Navarro D (coords): *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Editorial Síntesis. Colección Psicología, Manuales prácticos; 2010.
- (13) González, J. y Rodríguez A. (Coord): *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Serie Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 17; 2002.

- (14) Sánchez Rodríguez, O. (Coord.), *Desarrollo profesional e inserción laboral en personas con enfermedad mental*, Editorial Grupo 5, Madrid, 2012.
- (15) López M, Laviana M, Álvarez F, González S, Fernández M, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004; 89:31-65.
- (16) Verdugo, M. A., y Jordán de Urríes, F. B. Empleo con apoyo y salud mental. En M. A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Coordinadores), *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo* (pp. 153-164). Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. 2003.
- (17) Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., et al.. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv*, 52(3), p. 313-322. 2001.
- (18) Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatry.* 2003;182:467-8.
- (19) Galilea, V. y Lavado, A: “Guía básica de evaluación en rehabilitación laboral”, en Rodríguez A. (Coord): *Rehabilitación Laboral de Personas con Enfermedad Mental Crónica: programas básicos de intervención*, Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, 2001. p.55-65.
- (20) Muñiz, E: “Organización y elaboración de planes individualizados en rehabilitación laboral”, en Rodríguez A. (Coord): *Rehabilitación Laboral de Personas con Enfermedad Mental Crónica: programas básicos de intervención*, Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, 2001. p.65-71.
- (21) Consejería de Familia y Asuntos Sociales. *Documento técnico de diseño. Centro de Rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental crónica, definición, objetivos, organización, actividades y procesos de atención.* Comunidad de Madrid. 2003. Documento técnico.
- (22) Consejería de Políticas Sociales y Familia: *Datos de inserción laboral de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera.* Dirección General de Atención a personas con Discapacidad. Comunidad de Madrid. 2019. Documento técnico.

*II.III Empresas sociales.
Centros especiales de empleo*

II.III.I El empleo como estrategia para la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ, SERGIO GONZÁLEZ ÁLVAREZ Y RAFAEL CÍA GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN

LA BÚSQUEDA DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO Y EL APOYO en su consecución y mantenimiento son aspectos importantes en la atención comunitaria a personas con graves problemas de salud mental (1), problemas que agrupamos bajo la expresión Trastorno Mental Grave (en adelante TMG). Y son, por tanto, aspectos centrales dentro de los programas desarrollados en Andalucía, para tratar de mejorar la situación de dichas personas, desde la interacción entre los servicios públicos de Salud Mental y los intersectoriales que, como luego veremos, dependen en nuestro caso de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, FAISEM.

El texto pretende dar una visión general de estos programas, describiendo sus principales características y enmarcándolas en la lectura que desde dichos servicios hacemos, a su vez, de la justificación de los mismos y de lo que sabemos sobre su utilidad, dificultades y resultados esperables.

Así, desarrollamos nuestra exposición organizándola básicamente en tres grandes grupos de temas:

1. Algunas consideraciones generales sobre la recuperación y el empleo de personas con trastornos mentales graves, como justificación de los programas de empleo.
2. Un resumen sobre lo que sabemos hoy sobre el empleo de personas con ese tipo de problemas, especialmente en relación con las principales estrategias puestas en juego para facilitárselo a dichas personas.
3. Y finalmente una descripción del programa laboral de FAISEM en Andalucía.

I. ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL EMPLEO Y LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Empecemos por algunas definiciones previas, en la medida en que permiten entender mejor lo que vamos a exponer en relación con nuestro trabajo en Andalucía, ya que se trata de términos que no siempre utilizamos de manera unívoca quienes nos movemos en este campo.

1.1. Definición de persona con Trastorno Mental Grave

La primera definición que debemos aclarar es la relativa a las personas que son objeto de atención en nuestros programas de empleo y que, como venimos haciendo desde el propio título del texto, asociamos a la expresión *Trastorno Mental Grave*.

El apellido TMG hace referencia a un concepto no clínico sino asistencial que delimita, dentro del conjunto de personas que presentan trastornos o enfermedades mentales, a aquellas en que se asocian determinadas características clínicas con una evolución prolongada de sus problemas y con la existencia de importantes dificultades funcionales que, a su vez, solemos resumir bajo el término discapacidad (1, 2).

En nuestro caso, en Andalucía, la definición más estricta es la que podemos encontrar en el denominado Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (3), protocolo común de atención a dichas personas por parte de los servicios públicos de Salud Mental, y que las identifica a partir de los rasgos que resume el Cuadro 1.

CUADRO I

Características definitorias del Trastorno Mental Grave (PAITMG) (3).

- | |
|---|
| <p>a) Una <i>sintomatología psicótica</i> o presicótica que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Genera problemas de captación y comprensión de la realidad b. Distorsiona la relación con los otros c. Supone o puede suponer riesgo para su vida d. Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (<i>discapacidad</i>) <p>b) La necesidad de un <i>abordaje complejo</i> integrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Atención sanitaria, con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación b. Atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial) c. Intervenciones sobre el medio social y familiar |
|---|

c) Una *evolución prolongada* con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención

Categorías diagnósticas incluidas

- a. Esquizofrenia y otras Psicosis relacionadas
- b. Psicosis Afectivas (PMD, Depresiones psicóticas)
- c. Algunos Trastornos de Personalidad (Esquizoide, Paranoide, Límite)

Se trata en definitiva de personas afectadas por algunos de los problemas más graves y de mayores dificultades para la vida personal y social, lo que las hizo históricamente padecedoras de distintas formas de maltrato social y profesional, muy alejadas de la pretensión de que ocuparan un papel social razonable y por tanto de una preocupación real por el empleo de las mismas (1,4).

1.2 La “recuperación” de personas con Trastornos Mentales Graves y el empleo

Desde la atención comunitaria, sin embargo y como más adelante veremos más en detalle, el empleo aparece hoy como un área de especial importancia en relación con las personas con TMG (1). Entre otras cosas debido a un enfoque nuevo de sus problemas y sus derechos, relacionado con los conceptos de recuperación y de ciudadanía.

En concreto, el tema de la llamada *recuperación* tiene una relevancia creciente en el campo de la atención a personas con este tipo de problemas, en relación precisamente con los modelos de atención comunitaria y rehabilitación psicosocial, pero especialmente con el desarrollo de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias (1, 5). Así ha venido dando lugar a distintas iniciativas públicas en un número creciente de países, configurándose como un objetivo claro para el conjunto de su atención (6-10).

Referencia importante, por tanto, aunque no exenta de críticas en relación básicamente, por un lado, con el influjo de la perspectiva “neoliberal” que parece decir que necesitamos, por así decirlo, **más esfuerzo personal y menos servicios públicos** (11). Y por otro con su aplicabilidad diferencial dentro del grupo de personas con TMG.

Entrando en su definición (5, 12-16) hay que tener en cuenta que con una misma palabra expresamos, sin embargo, algunos significados o matices diferentes, pudiendo interpretarse:

- a. En sentido ordinario, común a otras enfermedades o problemas de salud, como la recuperación de niveles de funcionamiento previos (“curación”).

- b. En el campo de los trastornos mentales graves matizada como la remisión funcional y sintomatológica (17,18).
- c. Pero también, en un sentido más amplio y especialmente interesante, como la recuperación o alcance de una vida satisfactoria y con sentido, aunque pueda coexistir con algunos niveles de sintomatología y discapacidad (7,15,19).

Pero también dentro de las definiciones del término, encontramos por así decirlo, dos “modelos” alternativos o complementarios (5,12, 14, 20):

- a) La que podemos denominar visión “profesional”, que solemos encontrar asociada a expresiones como recuperación *de* la enfermedad o recuperación como *resultado*, basada en la evidencia clínica y epidemiológica y relacionada con las intervenciones profesionales (farmacología y rehabilitación psicosocial)
- b) Y una visión más propia de las “personas afectadas”, que habla de recuperación *en* la enfermedad y de recuperación como *proceso*, basada en relatos personales y estudios cualitativos y más relacionada, más allá de con algunas intervenciones profesionales, con temas como los autocuidados, los cuidados informales y la llamada “psicología positiva” (resiliencia, esperanza, autodeterminación, etc.)

Planteamiento, este último, que enfatiza conseguir o recuperar satisfacción y sentido a la vida, compatible con niveles moderados de sintomatología y discapacidad y conseguido uniendo esfuerzo personal, atención profesional y cambio social.

El empleo aparece como un elemento clave en cualquiera de los sentidos del término “recuperación” (14, 21-23), en la medida en que, por un lado, es un *indicador* o medida de resultado de la recuperación, al funcionar como un claro criterio de inclusión social y ciudadanía plena, asociado a niveles razonables de funcionamiento personal y social.

Y, por otro, porque es a su vez un *factor clave* en el proceso de recuperación, considerando los efectos de los programas de rehabilitación vocacional y empleo, tanto en contextos experimentales como de servicios ordinarios, así como sus efectos personales, tal y como refieren las personas directamente afectadas (24-29).

Además de la evidencia creciente de la factibilidad de los programas de apoyo al empleo en este colectivo, aspecto sobre el que insistiremos más adelante.

A este respecto, es interesante la perspectiva histórica que refiere el sociólogo norteamericano Richard Warner (30), relacionando la evolución de la información sobre empleo y la situación económica como resultado de la revisión de 114 estudios de seguimiento de personas con Esquizofrenia en USA, UK y Países Nórdicos desde 1881 a 2000.

El análisis de los datos muestra porcentajes medios de recuperación importantes, con tasas de *recuperación completa* (sin síntomas y con un funcionamiento “normal”) entre el 20-25 % y de *recuperación social* (independencia económica y residencial con pocas alteraciones funcionales y sociales) entre el 35-40 %.

Además de señalar que esos indicadores, que resumen la evolución de personas con Esquizofrenia en distintos lugares y momentos:

- a. No son mejores tras la introducción de los neurolépticos (1955)
- b. Presentan variaciones estadísticamente significativas en relación con los ciclos económicos, con una caída de la recuperación completa al 12 % y la recuperación social por debajo del 30% en la gran depresión (1920-1940) y una caída de la recuperación social al 33 en la crisis de los 70-80.
- c. Y que se evolución correlaciona significativamente con las tasas de desempleo generales en dichos países.

2. QUE SABEMOS HOY SOBRE EL EMPLEO DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Hecha esta primera introducción sobre aspectos generales, veamos ahora de manera sintética nuestra valoración de lo que sabemos en la actualidad sobre el empleo de personas con TMG, agrupando ese conocimiento en tres grandes bloques. Bloques que resumen a su vez tres afirmaciones claves: que el empleo de personas con TMG no es habitual, que sin embargo es deseable y que también es factible en un importante número de casos (14, 31, 32).

2.1. *El empleo no es la situación habitual de las personas con TMG*

Esa es una conclusión clara que obtenemos a partir de algunos indicadores obtenidos en distintos estudios, al menos en las sociedades de nuestro entorno (30, 31, 33, 34). Según ellos, las tasas de empleo se sitúan en el grupo de personas con TMG (especialmente en aquellas diagnosticadas de Esquizofrenia, en las que se hacen la mayoría de los estudios), por debajo del 20-25 %, con una pauta habitual de no consecución o pérdida del empleo tras los primeros años de evolución de la enfermedad y de pérdida posterior (uno a dos años) cuando se recupera.

Pautas que tienen que ver con dificultades múltiples y de compleja interacción de la persona, de la atención sanitaria y social, del entorno próximo y del mercado laboral (31, 34-38). Factores todos ellos que se ven sobredeterminados por el efecto persistente del estigma y la discriminación (39,40).

2.2. *El empleo es útil y deseable para muchas personas con TMG*

En continuidad con lo que hemos visto en relación con la recuperación, con respecto a la cual funciona a la vez como indicador y como medio, hay bases suficientes para sostener que el empleo tiene efectos constatables en tanto que actividad, además retribuida, pero también en tanto que se trata del ejercicio de una función socialmente valorada, indicador y vehículo por tanto de ciudadanía (21-25, 31, 32, 35,37).

Por otro lado, si se pregunta a personas con TMG con respecto al empleo, en distintos estudios más del 50 % dicen que quieren trabajar y estarían dispuestas a incluirse en programas de empleo (34, 42, 43).

Y además, el énfasis en el empleo puede contribuir a resituar la atención general y específica en el área de la ocupación y la actividad, combinando aspectos como la atención sanitaria general orientada a la recuperación y la ciudadanía, los programas específicos de apoyo al empleo y el énfasis de estos en el empleo real (no “como sí”) en la mayor medida posible (1).

2.3. *El empleo es igualmente posible para muchas personas con TMG*

Finalmente, hay también información acumulada sobre distintas estrategias o modelos, unos que no funcionan, otros que funcionan al menos parcialmente y otros que funcionan asegurando empleos a personas con TMG (31, 32, 34, 35, 44-46).

Aunque a continuación lo veremos con algo más de detalle, hay información que apoya tres tipos de estrategias (31,32):

- a. Los programas de *rehabilitación vocacional*, que resultan útiles en los primeros pasos pero suelen ser insuficientes por si solos para asegurar un empleo sostenido.
- b. Las llamadas *empresas sociales*, sobre cuya capacidad de dar empleo a personas con TMG no disponemos de estudios experimentales, pero sí de experiencias relevantes en distintos países.
- c. Y los programas de *empleo con apoyo*, que cuentan con evidencia empírica consistente tanto en Estados Unidos (donde surgieron) como en Canadá y Europa y que cuentan también con principios compatibles con otros modelos o estrategias.

3. CARACTERÍSTICAS DE DISTINTOS PROGRAMAS DE EMPLEO PARA PERSONAS CON TMG

Al menos desde la segunda mitad del Siglo XX, en que empieza a haber una preocupación por el empleo, hay una variedad de estrategias y modelos concretos aplicados en distintos contextos, con una evolución determinada por la combinación de algunos factores geográficos y sociales y de los resultados obtenidos con los diversos modelos, ya como resultado de evaluaciones sistemáticas o de datos "observacionales". Un resumen de las principales características de los modelos más significativos puede verse en el Cuadro 2.

CUADRO 2

Evolución de los programas de empleo para personas con TMG (32).

Tipo de programa	Características	Ventajas / inconvenientes
Laborterapia institucional	Actividad laboral y pseudolaboral en las instituciones psiquiátricas	Organización específica Desvalorizada e "institucional"
Empleo protegido	Actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos	Organización específica en entornos protectores Habitualmente no laboral y con escasos resultados en términos de empleo
Rehabilitación vocacional	Programas específicos para acceder a un empleo: Orientación Entrenamiento en búsqueda Formación profesional Empleos de transición	Buen resultado en el acceso al empleo Escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado
Empleo con apoyo	Empleo inmediato en "empresas normales", con formación posterior y apoyo externo continuado	Resultados muy positivos (40-60%) en experiencias en USA Más dificultades en países con alto desempleo y buenas políticas sociales
Empresas sociales	Empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado	Ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo Buenos resultados en Europa (Estados del bienestar) pero sin comprobación experimental

Entre los modelos iniciales más habituales están primero las llamadas “labor-terapias institucionales” en los asilos o desarrolladas desde ellos y posteriormente diversas formas de “empleo” protegido, como son diversos talleres ocupacionales o la llamada Terapia Industrial británica. Posteriormente se desarrollaron los ya citados programas de Rehabilitación vocacional, las Empresas Sociales y los programas de empleo con apoyo, el más conocido y evaluado de los cuales es el norteamericano IPS (*Individual Placement and Support*). (31,32,47)

3.1. La situación habitual de los programas de empleo

Actualmente lo más común es desgraciadamente que se haga poco y con resultados limitados (en términos poblacionales), como muestra la universalidad de las cifras nacionales de desempleo en este grupo de personas. Así, suele haber poca cobertura de las intervenciones psicosociales en general y específicamente de los programas de rehabilitación y de rehabilitación vocacional en los servicios de Salud Mental, como muestran distintos estudios sobre pautas de intervención en comparación con las Guías de Práctica Clínica (31, 48)

Hay también una limitada cobertura y capacidad de intervención de los servicios de empleo, con escasa coordinación con los servicios de Salud Mental, actividades con pocos resultados (formas más o menos tradicionales de “empleo protegido”), mezclas dispares de modelos e intervenciones y disputas sobre el modelo más adecuado con desarrollos no siempre fieles a los originales y desprecio de estrategias alternativas o complementarias al “modelo” elegido.

3.2. La estrategia “estrella” (IPS)

Se trata de programas que buscan conseguir un empleo real en el mercado ordinario (*empleo competitivo*), adaptado a las preferencias de la persona, con poca intervención previa, con apoyo sin límites temporales y desde equipos integrados, es decir en los que cooperan tanto el personal sanitario como el de empleo (31, 32, 49-51).

Como ya dijimos anteriormente, estos programas han sido evaluados consistentemente (51-54), tanto en su contexto de origen (USA), como en otros contextos claramente diferenciados de aquel (Canadá y Europa) (55, 56) y siempre con resultados de interés, por sí mismo y en comparación con otros modelos (57). Así, como media, más del 50% de quienes participan obtienen al menos un empleo, mientras esa tasa no suele sobrepasar la del 25 % obtenida con la metodología “habitual”. Aunque son sensibles a algunos factores del entorno, como son la tasa de desempleo y especialmente las políticas de protección social.

Por otro lado, se trata de programas que cuentan con principios claros, protocolos y escalas de fidelidad específicas (58), pero que resultan también compatibles con otros modelos (por ejemplo el de las Empresas Sociales (31,32).

La valoración debe tener en cuenta también las críticas (59), en relación con la baja calidad de muchos de los empleos habitualmente obtenidos, la duración (días y horas) de una gran parte de los mismos y su aplicabilidad real a personas con mayores dificultades (variabilidad de los grupos en cuanto a la inclusión de personas con otros problemas de salud mental distintos de la esquizofrenia).

Plantean también algunos problemas de integración en modelos públicos de servicios de salud mental, dado su origen en las condiciones concretas de los Estados Unidos, lo que obliga a hacer algunos ajustes en el caso, por ejemplo, de países con buenos servicios públicos.

3.3. La estrategia pendiente de evaluación (las Empresas Sociales)

La estrategia, originada en países de la Unión Europea como Italia, Alemania u Holanda, se basa en la creación de empresas específicamente destinadas a facilitar empleo a personas desfavorecidas o con discapacidad, entre ellas muchas con TMG (31, 32, 60-64).

Se trata de empresas que combinan características de una empresa normal, competitiva en el mercado y con todas las características que definen un “empleo competitivo” en el modelo IPS, con características de una empresa específica, es decir con factores que favorecen su objetivo social que es dar empleo a personas con dificultades (31,32).

No hay evaluaciones sistemáticas publicadas, pero disponemos de la “evidencia” de un número importante de Empresas (41, 60-62, 64) que, en distintos lugares de Europa, dan empleo a personas con TMG, en empleos de calidad, sostenidos en el tiempo y con buenos niveles de satisfacción, en los pocos casos en que se han estudiado de manera sistemática (65).

Hay modelos distintos en los diversos países (Italia, Alemania, UK, Países Nórdicos, España...), con formatos también diversos en relación con su forma jurídica (Cooperativas u otras formas legales), con la finalidad de dar empleo solo a personas con TMG o también a personas con otros problemas mentales o con otros tipos de discapacidad o desventaja (60, 62, 64).

3.4. Otras formas o modalidades de programas de empleo

Algunas fórmulas alternativas o complementarias se han ensayado también con resultados poco claros, dada la ausencia de evaluaciones publicadas y los escasos

datos disponibles, tanto sobre los perfiles de las personas que participan en las mismas, como sobre los resultados, en términos de empleo.

Así, encontramos algunas referencias a autoempleo con diversas fórmulas (USA, Japón), en tanto que Iniciativas de movimientos asociativos, pequeñas empresas (cooperativas), empleos más o menos permanentes en servicios propios (“Clubhouses”) y otras iniciativas individuales (66). Y también programas de microcréditos (Italia) (67).

4. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DE EMPLEO

De la evolución de los programas y de su desarrollo en los últimos decenios hay algunos aspectos que merece la pena resaltar (31,32).

- a) El primero de ellos es el relativo a los factores que parecen tener alguna relación con el éxito de los programas y, a este respecto, la información no es demasiado concluyente, tal y como puede verse en el Cuadro 3, que resume los datos obtenidos en un importante número de investigaciones sobre el tema.

CUADRO 3

Factores relacionados con el éxito de los programas de empleo (32).

Personales	Motivación (el empleo como objetivo real de la persona): (+++) Resultados contradictorios con variables sociodemográficas
Clínicas	Peores resultados en personas con: Esquizofrenia (+) Síntomas negativos (+) Alteraciones cognitivas (++) Asociación negativa con hospitalizaciones previas (+)
Laborales	Asociación positiva con: Empleos anteriores (+) Habilidades laborales básicas (+ / -)
Entorno social y de servicios	Asociación negativa con: Actitudes de empleadores (++) Sistemas de pensiones (++) Falta de programas y servicios de apoyo (+++)

Aunque las mismas buscaban, por así decirlo, la “piedra filosofal” que nos permitiese disponer de un perfil de empleabilidad que pudiera ser útil para establecer prioridades en los programas, los datos obtenidos señalan únicamente dos factores importantes: que el empleo sea realmente un objetivo claro de la persona y que se cuente con programas, servicios y profesionales de apoyo en cantidad y calidad suficiente.

Aparecen también como importantes otros factores como el efecto desincentivador de las pensiones (cuando son consistentes), las actitudes negativas ligadas al estigma y la presencia de problemas cognitivos, si bien como veremos más adelante parecería que las empresas sociales pudieran ser una estrategia que permita el empleo de personas con afectaciones cognitivas importantes.

- b) El segundo es la existencia de una serie de características propias de los modelos de empleo con apoyo que, sin embargo, son compatibles con otras estrategias y deberían ser tenidos en cuenta en cualquier programa de empleo. Básicamente se trata de:
- a. Una orientación clara, directa e inmediata hacia el “empleo competitivo” (Cuadro 4)

CUADRO 4

Características del “empleo competitivo” desde los programas de Apoyo al empleo (31).

Una retribución según regulaciones legales generales.
 Una distribución de puestos de trabajo según desempeño y no según diagnóstico.
 Entornos con personas con y sin discapacidad
 Y gestión empresarial y no sanitaria

- b. Una política de no exclusión inicial de personas con reducida historia laboral o sintomatología elevada.
 - c. Una estrategia de empleo rápida con poca preparación y formación previa, aunque cada vez más se enfatiza la necesidad de prestar atención a los trastornos cognitivos.
 - d. Una elección individualizada acorde a motivación, preferencias y experiencias laborales del usuario
 - e. Un seguimiento flexible y de larga duración
 - f. Y una coordinación estrecha entre personal sanitario y de empleo
- c) En conjunto, por tanto, hay que tener en cuenta una serie de aspectos que configuran una estrategia razonable, como son (31, 32):

- a. La especificidad del colectivo en relación con el empleo, teniendo en cuenta la tipología de problemas y dificultades que presentan y su importante variabilidad personal y evolutiva.
 - b. La necesidad de desarrollar procesos complejos e individualizados, que integren intervenciones diversas, implicando agencias sanitarias, sociales y de empleo y garantizando una estrecha articulación de las intervenciones y su mantenimiento durante largos periodos.
 - c. La utilidad de integrar distintos modelos con algún tipo de efectividad, especialmente la Rehabilitación vocacional, las Empresas Sociales y los programas de Empleo con apoyo.
 - d. Y enfatizando algunos aspectos comunes con evidencia experimental, como son el tener en cuenta la motivación y perspectivas personales, el fijar objetivos y formar para empleos reales y concretos y el facilitar apoyos flexibles, personalizados y de larga duración.
- d) Quedan finalmente algunos debates más o menos abiertos, más o menos pertinentes y útiles pero que se siguen planteando con frecuencia, en relación con:
- a. El origen de las dificultades de empleo, relacionándolas prioritariamente con los problemas de las personas o con las barreras ligadas al estigma social.
 - b. Los objetivos de la rehabilitación y del empleo, resumidos en la alternativa de convertir en “normales” a los “diferentes” o facilitar que los “diferentes” sean ciudadanos a pesar de su diferencia (41).
 - c. La prioridad de evitar la pérdida del empleo o de favorecer la adquisición o recuperación del mismo, una vez que se ha perdido.
 - d. El tipo de empleo más adecuado, el “alienante” de nuestras sociedades que reconoce ciudadanía pero pone en riesgo la salud mental o la búsqueda de un entorno protector que corre el riesgo de aislar.
 - e. Los criterios a tener en cuenta para medir el éxito probable de los programas, incluyendo tanto indicadores de carácter personal como de la actividad laboral.
 - f. Y la conveniencia de disponer de un modelo único o de un abanico o red que combine estrategias, dispositivos e intervenciones diversas y complementarias.

5. LA SITUACIÓN EN ANDALUCÍA

En el caso de Andalucía, los programas dirigidos a facilitar empleo a personas con TMG deben enmarcarse en el más amplio proceso de Reforma Psiquiátrica em-

prendido en 1984 y dirigido a establecer una estructura moderna de atención a personas con problemas de salud mental, con una orientación comunitaria (43,68,69).

En concreto, el programa de empleo que vamos a describir en lo queda del texto, se basa en la combinación de la atención sanitaria especializada en Salud Mental con dos estructuras básicas (14, 43), la de unos Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (70), que trata de articular intervenciones de rehabilitación vocacional y de empleo con apoyo, y la de una red de Empresas Sociales (63). Estructuras que, en coordinación con los servicios públicos de Salud Mental, tratan de facilitar empleo a personas con TMG en un entorno económico y social complicado.

Pero, para situar adecuadamente esos programas es conveniente hacer primero alguna referencia general a la situación de los servicios de Salud Mental en Andalucía, especialmente de los que no son específicamente sanitarios.

5.1. La Reforma Psiquiátrica y los servicios públicos de Salud Mental en Andalucía

Un elemento contextual importante para el desarrollo de los programas de empleo de personas con TMG fue el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica, iniciada en 1984 por ley del parlamento de Andalucía y que ha permitido el cierre progresivo de los 8 Hospitales Psiquiátricos públicos (1985-1999) paralelamente a la creación y desarrollo de una estructura alternativa de servicios para la atención a personas con problemas de salud mental (43,68,69).

La nueva red, basada en principios de Atención Comunitaria, se basa en una doble estructura, por un lado la estrictamente sanitaria especializada en salud mental e integrada en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, mediante unidades de gestión Clínica de Salud Mental (71), cuya dotación de servicios puede verse en el Cuadro 5.

CUADRO 5

Dispositivos especializados de Salud Mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2015 (71).

Tipo de Unidad	Nº	Tipos de atención / Nº de plazas	T/100.000 h.
U. de Salud Mental	77	Atención ambulatoria	
U. de Salud Mental	14	Atención ambulatoria	
Infanto-Juvenil		33 camas (en H. Infantiles)	0,4
		252 plazas de día	3,1
U. de Hospitalización	20	546 camas	6,7
		20 Servicios de Urgencia (24 horas)	

Tipo de Unidad	Nº	Tipos de atención / Nº de plazas	T/100.000 h.
Comunidad Terapéutica	15	254 camas	3,0
		381 plazas de día	5,1
Hospital de Día	16	340 plazas	4,0
U. de Rehabilitación	9	300 plazas	3,7

Y por otra a través de una estructura intersectorial específica, la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad mental, FAISEM. Fundación, creada en 1993 también por iniciativa unánime del Parlamento de Andalucía y constituida actualmente por las Consejerías de Salud, de Igualdad y Políticas Sociales y de Empleo, Empresa y Comercio de la Junta de Andalucía (43).

En coordinación con los Servicios de Salud Mental del SAS y de acuerdo con el ya referido (3) protocolo común de actuación (PAITMG), desarrolla programas de apoyo social para personas con TMG en las áreas residencial, de empleo y de soporte diurno, además del apoyo al movimiento asociativo, la participación en instituciones tutelares y actividades de investigación y cooperación técnica, como puede verse a su vez en el Cuadro 6.

CUADRO 6

Dispositivos y programas de apoyo social de FAISEM. 2017 (72).

Programa	Dispositivo /Modalidad	Nº de dispositivos	Nº de plazas / personas atendidas	T/100.000
Residencial	Casas Hogar	55	960	11,5
	Viviendas Supervisadas	180	704	8,4
	Apoyo domiciliario		232	2,8
Empleo	SOAE	8	2.751	32,8
	Empresas Sociales	9	355*	4,2
Soporte Diurno	Centros de Día	30	1.240	14,8
	Talleres	80	2.010	24,0
	Clubes Sociales	46	1.990	22,7

Programa	Dispositivo /Modalidad	Nº de dispositivos	Nº de plazas / personas atendidas	T/100.000
Programas especiales	“Sin hogar”		142	1,7
	Prisiones		185	2,2
Tutelas	Fundaciones Tutelares	8	1.989	23,7

* *Trabajadores y trabajadoras con TMG*

Un factor importante a considerar también en la configuración del contexto de los programas de empleo es la tasa de desempleo sistemáticamente por encima de la media española, con cifras que fueron en Andalucía del 36 % en el 2013 al 25% en el 2017, frente al 25% y el 17%, respectivamente, en el caso de la media general.

5.2. *El desarrollo histórico de los programas de empleo en Andalucía*

Por tener alguna referencia temporal de la evolución de los programas (43) hay que mencionar tres fechas o periodos:

- a) Desde 1984 a 1993, es decir desde el inicio “oficial” de la Reforma Psiquiátrica hasta la creación de FAISEM. En el inicio lo que habría que destacar era la inexistencia de programas de empleo, más allá de la llamada “laborterapia” institucional en algunos de los Hospitales psiquiátricos. Con el desarrollo de la reforma y el inicio de algunas relaciones internacionales surgió el interés por la experiencia italiana de Empresas Sociales, que cristalizó en la participación andaluza en el Primer gran Proyecto Europeo, AZIMUT, cofinanciado por el Fondo Social Europeo y con participación de empresas sociales de Alemania, Grecia, Italia e Irlanda. Para gestionar la participación en el proyecto se crea la Empresa Iniciativas de Empleo Andaluzas Sociedad anónima (IDEMA SA), con la participación de Fundosa y del Instituto de Fomento de Andalucía.
- b) En 1993 se produce la creación de FAISEM, que toma entonces el protagonismo, impulsando la Empresa IDEMA, constituida ahora básicamente por FAISEM y FUNDOSA (en la actualidad ILUNION). Se crean las primeras empresas sociales, PROAZIMUT SL en Sevilla, Multiser del Mediterráneo SL en Málaga y A demanda SL en Jaén. Y se pone en marcha un nuevo Proyecto Europeo, Marienthal (1995-1997) y la creación de las restantes Empresas Sociales.

- c) Finalmente, en el periodo 2001-2004 se produce el desarrollo de los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, en interacción con las políticas públicas de empleo de la Comunidad Autónoma y que, en un primer momento, articulaban los programas específicos de empleo con los ocupacionales y de soporte diurno.

5.3. Los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE)

El elemento clave en el desarrollo del programa de empleo de FAISEM son los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, equipos de profesionales, por así decirlo, “especialistas en empleo”, que articulan, en interrelación con los servicios de salud mental del Sistema sanitario público, el conjunto de intervenciones que hemos visto en el esquema anterior (43, 70).

- a. Están conformados por Técnicos y Técnicas de empleo, similares a los de otros servicios de empleo para personas con discapacidad o dificultades de empleo. El perfil profesional de dichos técnicos y técnicas contempla una Titulación de grado medio o superior, con conocimientos y experiencia del mercado laboral (legislación, empresas, formación...) así como del mundo de la discapacidad en general y específicamente de personas con TMG. Como es lógico se valoran específicamente las actitudes favorables a las personas con este tipo de problemas y a sus procesos de recuperación y también las habilidades de comunicación, con usuarios y usuarias, con otros profesionales y con las empresas.
- b. Se trata, por tanto, de equipos profesionales diferenciados de los sanitarios pero estrechamente relacionados con ellos, a través de la derivación de usuarios y usuarias y de distinto tipo de contactos periódicos, variables localmente.
- c. Se encargan de evaluar a las personas derivadas desde SM, elaborar un Itinerario personal de Inserción y de asesorar y apoyar a la persona en la búsqueda, acceso y mantenimiento en el empleo, utilizando para ello los recursos disponibles, tanto “internos” (Cursos propios de FP, Talleres, empresas sociales), como “externos” (otras actividades formativas, empresas sociales y empresas ordinarias).
- d. Tienen un ámbito provincial, es decir que hay 8 equipos, en la actualidad con un total de 50 profesionales y cuya actividad se resume en el Cuadro 8. Como podemos ver en él, aunque los últimos años de la crisis supusieron alguna disminución de las personas atendidas, derivadas a los servicios desde los de Salud Mental (probablemente por disminución de expectativas de los profesionales), la cifra de personas atendidas se ha recuperado y está aumentando significativamente, junto con la de las personas contratadas y el número de contratos conseguidos para ellas.

Con respecto a dichos contratos es especialmente valorable el incremento de los que tienen lugar en empresas por así decirlo “ordinarias”, es decir en el mercado laboral general.

CUADRO 8

Actividad de los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (2009-2017).

	2009	2011	2013	2015	2017
<i>Personas atendidas</i>	1.530	1.335	1.251	1.493	2.751
<i>Formación</i>	257	288	42		
<i>Prácticas en empresas</i>		275	11	98	
<i>Personas contratadas</i>	487	407	404	562	812
	31,8	30,5%	32,3%	37,6%	29,5%
<i>Contratos obtenidos</i>	823	724	788	1.110	1.616
<i>En Empresas Sociales de IDEMA</i>	48,6%	42,8%	42,5%	32,5%	19,2%
<i>En otros CEE</i>	17,3%	22,9%	24,6%	25,8%	31,6%
<i>En Empresas ordinarias</i>	34,1%	34,2%	32,9%	41,7%	49,2%

Por su parte, el Cuadro 9 muestra algunas características de las personas que son atendidas por los SOAE, en referencia en este caso al año 2107. Como podemos ver hay una relación “sesgada” para el género, que es común a la que hay entre personas atendidas en los servicios de Salud Mental y en los programas de apoyo social con diagnóstico de esquizofrenia, mayoritario entre quienes incluimos en el grupo de TMG (43). Aunque esta relación hombre/mujer ha ido mejorando relativamente aquí en estos años.

Y precisamente en relación con los diagnósticos se mantiene la preponderancia del de esquizofrenia, pero hay un aumento paulatino de personas con trastornos afectivos y de personalidad.

CUADRO 9

Algunas características de las personas atendidas. 2017.

Sexo:	
Hombres:	63%
Mujeres:	37%
Edad:	
Menos de 25 años:.....	5%
Entre 25-35:.....	34 %
Entre 35 y 45:.....	40%
Más de 45:	21%
Diagnóstico:	
Esquizofrenia y Trastornos relacionados:....	54 %
Trastornos Afectivos:.....	16 %
Trastornos de Personalidad:.....	11%
Otros:.....	19 %
Experiencia laboral previa:.....	84%

5.4. Las empresas sociales del grupo IDEMA

El segundo elemento del programa de empleo está constituido en Andalucía por una serie de empresas creadas específicamente para dar empleo a personas con TMG. Se basan para ello en el modelo general de Empresas Sociales (43, 63) que, tal y como antes hemos indicado, reúnen una serie de condiciones que si bien no tienen por qué ser contradictorias si suponen sin embargo algún tipo de tensión y entre las cuales deben alcanzar un equilibrio:

- a) Un objetivo netamente social, como es el de ofrecer oportunidades de empleo principalmente a personas con TMG, aunque también a personas desfavorecidas o con algún otro tipo de discapacidad.
- b) Una estructura claramente empresarial y un funcionamiento orientado al mercado, en el que deben ser competitivas en términos de calidad y precio.
- c) La utilización de mecanismos de específicos de apoyo como son, por un lado, su integración en el conjunto de la red sanitaria y social de salud mental y por otro el acceso a las subvenciones financieras que en las sociedades avanzadas se destinan a apoyar el empleo de personas con discapacidad. Lo que, en el caso de España, exige su calificación como “Centro Especial de

Empleo”, aunque dicha calificación no deje de ser contradictoria (una empresa que pretende ser normal pero es calificada de “especial”) y de plantear exigencias no muy adecuadas para sus fines (elevado porcentaje de personas con discapacidad, negativo tanto en términos de productividad como de interacción social).

- d) La adopción de una forma jurídica de empresas de Responsabilidad limitada, ante las dificultades de constitución de cooperativas.
- e) La dependencia de la empresa IDEMA SA, que les facilita tanto la orientación general, como la dirección operativa y en su caso el apoyo técnico e incluso financiero que necesitan.
- f) El ámbito preferentemente provincial o local de actuación y la diversificación de actividades de cada empresa tratando de adaptarse a las variables condiciones locales de Andalucía.
- g) Y la existencia de una representación sindical y de negociación colectiva, al igual que en cualquier otra empresa real.

En lo que respecta a las distintas actividades desarrolladas por las empresas, el Cuadro 10 ofrece la amplia variedad de las mismas. Como puede verse en él hay algunas actividades habituales en este tipo de empresas (jardinería, limpieza), pero otras menos comunes, como la electrónica o la logística.

En ambos casos se trata mayoritariamente del desarrollo de dos concursos públicos importantes, uno sobre la instalación y mantenimiento de equipos de teleasistencia para personas mayores y personas con discapacidad de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, y en el otro sobre instalación a domicilio y mantenimiento de sistemas de ayuda a personas con movilidad reducida del Servicio Andaluz de Salud.

CUADRO 10

Actividades de las diversas empresas del grupo IDEMA.

Provincia	Empresa	Actividades
Almería	Proilabal SL	Jardinería, Limpieza, Logística
Cádiz (Jerez)	Gesser SL	Jardinería, Limpieza, Logística
Córdoba	Azahara Sur SL	Carpintería, Limpieza, Logística
Granada	Ajardinamientos Nevada SL	Jardinería, limpieza, Confección, Logística
Huelva	Indesur SL	Limpieza, Logística
Jaén	G.E.S. Jaén SL	Limpieza, Logística

Provincia	Empresa	Actividades
Málaga	Multiser del Mediterraneo SL	Aparcamiento, Hostelería, Jardinería, Limpieza, Almacén, Reprografía, Logística
Sevilla	Proazimut SL	Electrónica, Catering, Limpieza, Logística
Sevilla (Carmona)	Servilia SL	Tienda, Catering, Hostelería, Limpieza, Jardinería

En lo que relativo a su funcionamiento, se trata por tanto de empresas que desarrollan una actividad productiva orientada al mercado, como base, sin embargo, para conseguir puestos de trabajo estables para personas con TMG.

Lo que significa que deben conseguir al menos una estabilidad financiera y si es posible un crecimiento sostenido y sostenible, basado preponderantemente en su competitividad en el mercado, es decir sin que el aporte financiero de las subvenciones públicas represente un porcentaje elevado de su financiación.

A ese respecto el Cuadro 11 presenta los datos económicos de los años 2012 a 2017 en los que pueden verse esas características y su evolución en un periodo caracterizado por la crisis económica y de la lenta y parcial recuperación de la misma a la que estamos asistiendo.

Así, vemos en él, por una parte, que el porcentaje de ingresos debidos a las subvenciones (50% del salario mínimo interprofesional y costes de seguridad social de las personas con discapacidad) se sitúa entre el 15 y el 20%, con las excepciones debidas al retraso en la percepción de subvenciones de los años 2013 a 2015, que se añaden a las del 2017, lo que disminuye el porcentaje en los 3 primeros y lo eleva en el último.

Retraso en las subvenciones que repercute así mismo en el balance de resultados, menores en esos tres años y que se recuperan en el 2017, con tendencia a aumentar en el año en curso junto con el número de personas empleadas, si bien las cuentas de este año no son lógicamente definitivas. Y lo mismo sucede con el número de empresas con resultados negativos.

Por otro lado vemos también que el número de personas con TMG se sitúa ligeramente por encima de la mitad de la plantilla, completándose el número necesario a efectos de su calificación como Centro Especial de Empleo con personas con otros tipos de discapacidad.

CUADRO I I

Evolución de la actividad de las empresas del grupo IDEMA (2012-2017).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ingresos Totales	12.823.110	12.811.920	12.748.220	13.563.681	13.336.950	15.624.284
Subvenciones	2.256.867 16,7%	1.459.180 11,4%	1.325.710 10,4%	1.801.243 13,3%	2.346.332 17,6%	3.765.476 24,1%
Resultados	1.016.010	402.510	-419.307	69.671	166.044	1.318.630
Empresas con resultados negativos	2	4	6	6	5	1
Empleados	644	660	670	700	685	696
TMG	334 52,8%	338 51,2%	346 51,6%	372 53,1%	359 52,4%	355 51,0%
Otra discapacidad	165	178	183	189	192	208
Sin discapacidad	133	144	141	138	135	132

Por último, el Cuadro 12 muestra algunas características de los trabajadores y trabajadoras con TMG de las empresas y de su mantenimiento en el empleo, en este caso provenientes de un estudio realizado en 2010 (43).

Como puede verse en él, de nuevo aquí y al igual que en el caso de las personas atendidas en los SOAE, la relación hombres/mujeres está sesgada en beneficio de los hombres y los diagnósticos dentro el grupo de quienes presentan un TMG indican que la mayoría corresponde a personas con esquizofrenia.

CUADRO I 2

Evolución de la actividad de las empresas del grupo IDEMA (2012-2017).

Género: Hombres (65%) / Mujeres (35%)
Diagnóstico:
Esquizofrenia y Trastornos relacionados: 63,6 %
Trastornos Afectivos: 21,2 %
Trastornos de Personalidad: 12,6 %

Mantenimiento en el empleo

El 26 % llevaban más de 10 años trabajando en la empresa

El 51 % más de 5 años

De las que accedieron a un contrato indefinido antes del año 2001 el 35% seguían trabajando

Es decir, que las empresas muestran su capacidad para dar empleo a personas con verdaderos problemas y, como puede verse en los datos finales, de manera sostenida en el tiempo en una gran parte de los casos. Lo que resalta significativamente en relación con los datos de empleo con apoyo.

Características a las que hay que añadir la de facilitar empleo a personas con importantes dificultades funcionales y cognitivas, como muestra otro estudio realizado por nosotros hace 4 años (73). En concreto en él se pone de manifiesto que el funcionamiento social y cognitivo de personas con TMG que encontraron empleo en las empresas sociales del Grupo IDEMA, como resultado de la actividad de los SOAE, presentaban pautas de funcionamiento social y cognitivo con importantes dificultades, significativamente mayores que las de quienes lograron trabajar en otras empresas y más similares a las de quienes todavía no habían conseguido trabajo.

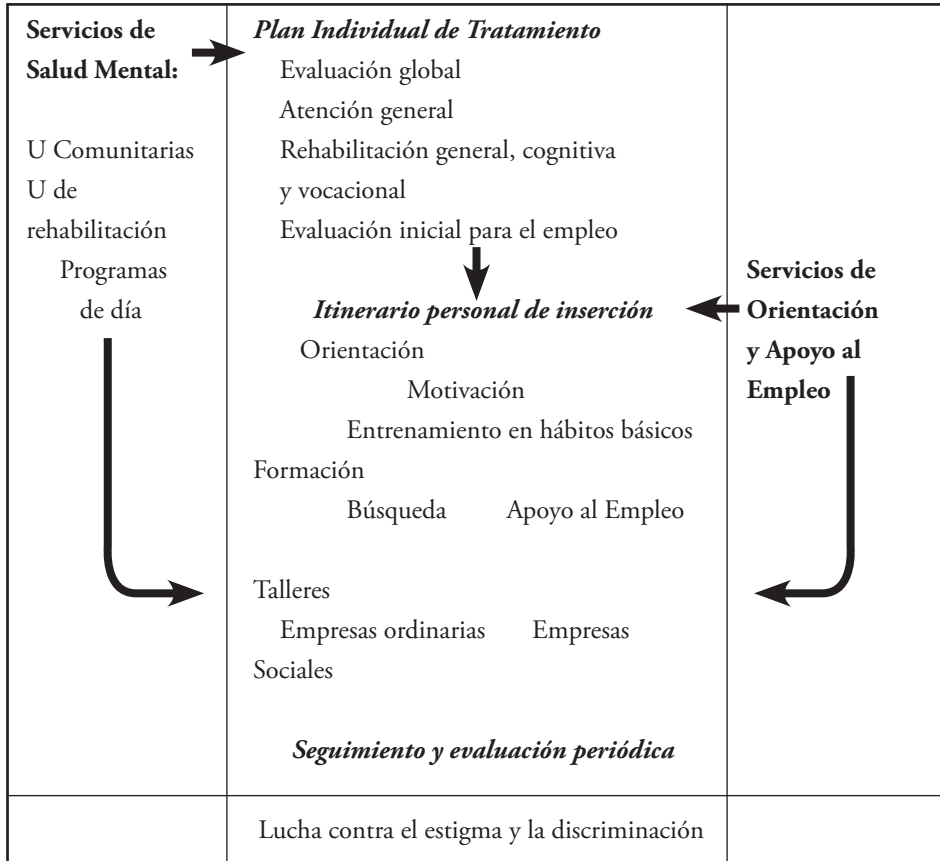
5.5. El funcionamiento global del programa y sus perspectivas de futuro

En conjunto el funcionamiento del programa se basa en la articulación de las intervenciones de tres agentes institucionales claves: los servicios públicos de Salud Mental (especialmente los Equipos Comunitarios, las Unidades de Rehabilitación y las estructuras que disponen de programas de día, como son los Hospitales de día y las Comunidades terapéuticas), los SOAE y las Empresas Sociales.

Modelo de funcionamiento, articulando dispositivos y profesionales sanitarios y de empleo, que trata de resumir el Cuadro 7. Como puede verse en él la intervención se articula desde dos instrumentos de programación, el más general Plan individual de Tratamiento del PAITMG (3) elaborado desde los servicios de Salud Mental y el más específico Itinerario Personal de Inserción de los SOAE y trata de aprovechar el conjunto de intervenciones y recursos disponibles para avanzar hacia el empleo.

CUADRO 7

Un esquema del programa de empleo de personas con TMG en Andalucía.



A lo largo de estos años el efecto acumulado de las intervenciones es importante, con un total, en los tres últimos años (según un estudio en curso y por tanto aún no publicado) de:

- a) 7.594 personas atendidas
- b) 2.136 de las cuales han obtenido al menos un empleo (el 28,12%)
- c) Y 3.986 empleos

Y, finalmente, en la actualidad se trata de mejorar el conjunto interviniendo sobre sus tres elementos:

- a) Así, por un lado desde los Servicios de Salud Mental, el III Plan Integral de Salud Mental (70) establece la obligación de explorar el área del empleo en la programación de actividades (Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave) y de incrementar las derivaciones a los servicios de empleo.

- b) Desde FAISEM está en funcionamiento el Plan de Inclusión laboral de Personas con TMG en Andalucía, 2017-2019, que indica la evolución prevista del programa, intensificando las actuaciones de los SOAE y poniendo en marcha un proyecto específico de Empleo con Apoyo, según el modelo IPS, cofinanciado por el Fondo Social Europeo y que incluye un diseño de evaluación.
- c) Y, a su vez, desde IDEMA se procede a una ambiciosa reorganización del conjunto de las Empresas Sociales, unificando su gestión, mejorando su sostenibilidad y potenciando su capacidad de empleo.

Aunque el año 2018 no ha finalizado, la información disponible parece reflejar incrementos importantes en el número de personas atendidas y empleadas tanto en el llamado mercado ordinario como en las empresas. Información que habrá que confirmar al final del ejercicio.

CONCLUSIONES

Para finalizar podemos tratar de resumir una visión de conjunto de la situación en Andalucía, integrando la información facilitada aquí y algunos otros datos de carácter general:

- a) Así, sobre un total de 8.400.000 de habitantes, las personas con trastornos mentales graves representan una porción minoritaria pero importante del total de personas atendidas por los servicios de Salud Mental del SSPA, representando alrededor de 20.000 de las 200.000 personas atendidas anualmente por las Unidades Comunitarias de Salud Mental (30.000 con solo criterios diagnósticos).
- b) Según un estudio realizado en 2007 (43), en dos Unidades de Salud Mental de la Costa del Sol (EQUAL-TAMDEM), de las personas atendidas con criterios de TMG, solo el 18 % tenían empleo, el 80 % lo tuvieron en algún momento y algo más de la mitad, el 52% consideraban importante tenerlo y se mostraban dispuestos a participar en programas de empleo. Lo que significaría que entre 8.000 y 9.000 de personas con TMG podrían estar en esas condiciones.
- c) Según datos referidos de FAISEM, en los tres últimos años, unas 7.500 personas fueron atendidas en los SOAE y 2.750 de ellas obtuvieron al menos un empleo, si bien en pocos casos se trataba de un empleo de larga duración.
- d) Unas 350 personas con TMG si tenían un empleo más estable en empresas del grupo IDEMA.

Aunque la información es incompleta y el cuadro general necesita bastantes más precisiones, si permite una visión orientativa centrada en que, en Andalucía y a lo largo de estos años:

- a) Se ha consolidado una estructura mínima de servicios de apoyo al empleo y se ha demostrado que un número significativo de personas con Trastornos Mentales Graves podían trabajar.
- b) Pero sigue habiendo brechas importantes entre las personas con TMG atendidas en los Servicios públicos de Salud Mental, las que quieren trabajar, las que reciben algún tipo de atención en el área laboral y las que tienen un empleo como resultado de nuestra intervención.
- c) Brechas que han disminuido significativamente en estos años pero cuya disminución exige continuar el esfuerzo realizado, mediante intervenciones coordinadas de distintos agentes dentro y fuera de las distintas estructuras del sistema.

Como conclusión general podemos decir que la experiencia de Andalucía, al igual que muchas otras en distintos lugares del mundo, pone de manifiesto que el empleo de personas con trastornos mentales graves es posible, pero son precisas algunas condiciones:

- a) Su integración en el conjunto de cuidados sanitarios y sociales
- b) La articulación de programas generales de empleo y programas específicos para este colectivo
- c) La disponibilidad de personal (equipos) específico para la orientación, la rehabilitación vocacional, el apoyo al empleo y la coordinación con el resto de los servicios y profesionales
- s) La utilidad de contar con Empresas Sociales que, por su parte, necesitan medidas legislativas, financieras y de apoyo técnico, especialmente en sus primeras fases de desarrollo
- e) La necesidad de complementar esa vía con la del empleo en empresas ordinarias, contando con equipos capaces de desarrollar apoyos individualizados, flexibles y de larga duración
- f) Sin olvidar la necesidad de luchar contra el estigma y la discriminación, aprovechando para ello también las experiencias de empleo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, 27, 99:187-223.
- (2) Ruggeri, M, Leese, M, Thornicroft G, Bisoffi K, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 149-155.
- (3) Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla, Consejería de Salud, 2006.
- (4) López M, Laviana M, García-Cubillana P. Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F (Coord.). *Dos décadas tras la Reforma psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2006: 239-276.
- (5) Laviana, M. Empoderamiento y recuperación en salud mental. En Ansean A (Ed.). *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid, Edicomplet, 2012:213-222.
- (6) Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16:11-23.
- (7) Deegan P E. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1988, 11, 4:11-19
- (8) Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 2007, 31:321-325
- (9) Velligan DI, Gonzalez JM. Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 2007, 30:535-518.
- (10) Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, 2009, 22:374-380.
- (11) Braslow JT. The manufacture of recovery. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2013, 9 :781-809.
- (12) Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 2006, 32:432-442.
- (13) Davidson L, Lawless MS, Leary F. Concepts of recovery: competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 2005, 18, 6:664-667.
- (14) López M. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. *La experiencia de Andalucía*. *Norte de Salud Mental*, 2010, 8, (36):11-23.
- (15) Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2007, 31, 1: 9-22.
- (16) Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 2008, 28, 7:1108-1124.
- (17) Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder Sr, Weimberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162:441-449.
- (18) Liberman RP, Kopelowicz A, Ventury J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 2002, 14:256-272.

- (19) Provencher HL. Role of psychological factors in studying recovery from a transactional stress-coping approach: Implications for mental health nursing practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007, 16 (3): 188-197.
- (20) Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 2007, 16:1-12.
- (21) Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, 32, 1:59-62
- (22) Krupa T. Employment, recovery and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, 28, 1:8-14.
- (23) Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26, 2:132-144.
- (24) Bond GR, Resnick SR, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 2001, 69:489-501.
- (25) Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, 35, 5:949-958.
- (26) Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007, 195, 5:406-414.
- (27) Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE et al. Work and non-vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1997, 185, 7:419-426.
- (28) Torrey WC, Mueser KT, McHugo GH, Drake RE. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2000, 51, 2:229-233.
- (29) Van Dongen CJ. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 1996, 32, 6:535-547.
- (30) Warner R. *Recovery in Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy* (3 Ed.). Hove, Brunner-Routledge, 2005.
- (31) López M, Laviana M, Alvarez F, González S, Fernández M, 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, 89:31-65.
- (32) López M, Laviana M, González S. Rehabilitación laboral y programas de empleo. En Pastor A, Blanco A, Navarro D (Coord.). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid, Síntesis, 2010
- (33) Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* (2007) 191:30-7.

- (34) Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: a systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 322: 204-208.
- (35) Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39:337-349.
- (36) Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2001, 27: 281-296.
- (37) Rosen A y Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. En Thornicroft G, Szmulker G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001:295-308.
- (38) Rutman ID. How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994, 17: 15-35.
- (39) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 101:43-83.
- (40) Seeman MV. Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 2009, 80:9-16.
- (41) Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. *Mnuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano, ETAS, 1995. Hay edición española: El fin del entrenamiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica. Madrid, AEN, 2014.
- (42) Saavedra J, López M, González S, Cubero R. Does Employment Promote Recovery? Meanings from Work Experience in People Diagnosed with Serious Mental Illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2016,40(3):507-532
- (43) FAISEM. Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía. Sevilla, FAISEM, 2012.
- (44) Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*. 2003, 182:467-468
- (45) Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26, 1:87-103.
- (46) Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Aneima JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 12;9:CD011867.
- (47) López M, Lara L. Guía operativa 9: Programa ocupacional y laboral. En Caldas de Almeida JM, Torres F. *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005:93-99.
- (48) Lehman AF, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden L, Kreyenbuhl J. Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 2003, 26:939-954.
- (49) Bond GR, Drake RE, Becker DR. Applying Psychiatric rehabilitation principles to employment: recent findings. En Ancil RJ, Holliday S, Higgenbttam J (Ed.). *Schizophrenia. Exploring the spectrum of Psychosis*. Chichester, Wiley and Sons, 1994: 49-65.

- (50) Bond GR, Drake RE. Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2014, 41(1):69-73.
- (51) Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatry Rehabil J.* (2004) 27:345-59.
- (52) Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, 31, 4:280-290.
- (53) Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry* (2016) 209:14-22.
- (54) Rodríguez F, Caballero N, Oramas D. Los estudios sobre la estrategia IPS en el logro de empleo ordinario para las personas con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2017, 17 (131): 145-168.
- (55) Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 370:1146-1152.
- (56) Latimer EA, Lecomte, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 189:65-73.
- (57) Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M, Killackey E, Glozier N, Harvey S. Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 2016, 209(1), 14-22.
- (58) Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation and Counselling Bulletin*, 1997, 40:265-284.
- (59) Corbière M, Lanctôt N, Lecomte T, Latimer E, Goering P, Kirsh B, et al. A Pan-Canadian Evaluation of Supported Employment Programs Dedicated to People with Severe Mental Disorders. *Community Mental Health Journal*, 2009, 46: 44-55.
- (60) Confederation of European Social Firms and Social Cooperatives (CEFEC). The Linz appeal. Why there should be more social firms for disabled and disadvantaged people in Europe. CEFEC, 2007. (www.cefec.com). Versión en castellano en www.faisem.es
- (61) Gallio G.. *Nell'Impresa Sociale*. Trieste, Per la salute mentale, 1987.
- (62) Grove B, Freudenberg M, Harding A, O'Flynn D. *The Social Firm Handbook*. Brighton, Pavilion, 1997.
- (63) López, M, Álvarez, F y Laviana, M. Empresas Sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, 18, 68:735-747.
- (64) Warner R, Mandiberg J. An update on affirmative businesses or Social Firms for people with mental illness. *Psychiatric Services*, 2006, 57, 10: 1488-1492.
- (65) Gilbert E, Marwaha S, Milton A, Johnson S, Morant N, Parsons N, et al. Cunliffe, D. Social Firms as a means of vocational recovery for people with mental illness: a UK survey. *BMC Health Services Research*, 2013, 13, 270.

- (66) Mandiberg J, Warner R. Is mainstreaming always the answer? The social and economic development of service user communities. *The Psychiatrist* (2013), 37, 153-155.
- (67) Barone R, Bruschetta S, D'Alema M (A cura di.). *L'inclusione sociale et lavorativa in salute mentale*. Milano FrancoAngeli, 2013.
- (68) Instituto Andaluz de Salud Mental. *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990*. Sevilla, IASAM, 1988.
- (69) Carmona J, Gay E, Del Río F, Tesoro A (2006). Análisis histórico crítico de la Reforma Psiquiátrica andaluza. En: Pérez F (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid, AEN: 145-198.
- (70) Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo*. Documentos de Trabajo, nº 3. Sevilla, FAISEM, 2006. (www.faisem.es)
- (71) Consejería de Salud (Junta de Andalucía). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla, Consejería de Salud, 2016.
- (72) Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Memoria de actividades*. 2017. www.faisem.es
- (73) Saavedra J, López M, González S, Arias S, Crawford P. Cognitive and social functioning correlates of employment among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 2015, 52 (7):851-858.

II.III.II Salud mental y empleo en Francia: Situación actual, desarrollo de una innovación en Lille

JEAN-LUC ROELANDT, PHILIPPE TROUILLER, ELIZABETH DUHAL, MATHILDE GUERNUT

INTRODUCCIÓN

DATOS NACIONALES: Francia cuenta con 66 millones de habitantes. Según los datos de la encuesta sobre Salud Mental en la población general (1), el 32% de la población padece un Trastorno Mental. El impacto de este trastorno sobre su capacidad para trabajar es importante y en la mitad de los afectados esta situación repercute sobre su trabajo. Para muchas personas, esto conlleva una interrupción en su vida laboral. Los Trastornos Mentales Severos (TMS) afectan a un 5% de la población según el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (l'INSEE). En lo que concierne a los Trastornos Mentales Graves, que pueden manifestarse incluso en personas integradas (ansiedad, depresión, adicciones), disponemos de pocos datos a escala nacional. Se observan importantes variaciones debido a los diferentes métodos de estudios empleados.

Según los datos de Asociación de gestión del fondo para la inserción profesional de personas con discapacidad (AGEFIPH), 2,7 millones de personas (el 7% de la población) son beneficiarias de la Obligación de Empleo (BOE, ayuda financiera destinada a las personas con discapacidad). En esta población, la tasa de empleo es de 35% (versus un 64% en la población general). A pesar de la falta de datos sobre el subgrupo de personas con discapacidad mental, la tasa de empleo parece ser menor en este subgrupo en comparación con los afectados por otros tipos de discapacidad. Los datos del UNAFAM, asociación de asistentes sociales, permiten abordar este problema: solo un 19% de las familias declaran que su familiar trabaja actualmente (sondeo UNAFAM 2016, N=2800 familias que conviven con un familiar discapacitado mental).

CONTEXTO LEGAL

En Francia, la protección social es importante tanto en el sector privado como en el sector público para las personas que presentan un trastorno mental. En lo que concierne a los TMG en sector privado se puede solicitar una baja por enfermedad de un máximo de tres años de duración y luego se pueden beneficiar de una pensión de invalidez, todo dependerá del tipo de seguro de salud privado de la persona. En el sector público, también se puede solicitar una baja por enfermedad de hasta tres años y seguir percibiendo de la totalidad de su salario, luego de una baja por enfermedad de dos años, beneficiando de la mitad del salario y una pensión de invalidez. Esta pensión puede ser compatible con una pensión TMG, la denominada AAH (ayuda para adultos discapacitados). Una ley ha sido creada en Francia en 2005 en lo que concierne los TMS. Las personas pueden percibir el AAH (830 euros al mes) y ser reconocidos como “trabajador discapacitado” y dirigirse hacia las MDPH (Casas Departamentales para Personas con Discapacidad), que tienen por objetivo facilitar las gestiones a estas personas.

Empleo adaptado

Existen servicios específicos en la agencia nacional francesa para el empleo (Pôle Emploi) con la finalidad de facilitar el acceso al empleo, pero no tenemos datos sobre este servicio. El reconocimiento de estos trastornos ha permitido crear un programa que obliga a las empresas a contratar trabajadores con discapacidad. Según la ley, el 6% de la contratación de trabajadores de una empresa de 20 o más empleados debe reservarse en exclusiva a personas con discapacidad. En realidad, sólo el 3,2% de los contratos concierne a un trabajador con discapacidad. Según Laberon (2) la discriminación hacia las personas que sufren un trastorno mental es real: estas personas tienen menos posibilidades de ser contratadas que las personas que tienen otro tipo de discapacidad (motor, sensorial...).

La experiencia de la estrategia Individual Placement and Support (IPS), dirigida a ayudar a las personas a encontrar un empleo y mantenerlo, ha sido llevada al cabo en Francia pero muy pocas personas se han podido beneficiar de ella. Esta experiencia ha sido llevada al cabo en 1000 individuos, afectados por todo tipo de discapacidad, pero habría que repetirla cientos de veces para solucionar el problema.

LOS EFECTOS DEL TRABAJO SOBRE LA SALUD MENTAL

En Francia, somos cada vez más conscientes de los efectos del empleo sobre la salud mental de las personas. Los suicidios de empleados de France Telecom han

tenido como consecuencia la creación de un Colegio de expertos sobre el seguimiento de riesgos psicosociales en el trabajo (3) y el gobierno solicita regularmente datos a las empresas. Según los datos de la Assurance Maladie (2016) 10.000 casos de trastorno mental están directamente relacionados con el trabajo, lo que representa 1,6% de los “accidentes laborales”, 596 casos de trastornos mentales son reconocidos oficialmente como accidentes de trabajo y entre 10 y 30 casos de suicidio cada año están relacionados con el trabajo. Pero estos datos se topan con unos límites, especialmente la falta de declaración y el bajo índice de reconocimiento.

Según los datos de la medicina de trabajo (encuesta MCP – Enfermedades de carácter profesional), los trastornos mentales relacionados con el trabajo en personas empleadas conciernen, en 2012, el 3,1% de las mujeres y el 1,4% de los hombres – unas cifras en aumento durante estos últimos cinco años.

Existen unas verdaderas políticas para las personas que tienen un trastorno mental, sin embargo, la protección financiera que se les ofrece, a pesar de ser eficaz, no es suficiente en lo que concierne el acceso al empleo de las personas que sufren un TMS.

Así es como intentamos enfrentarnos a este problema en la periferia este de Lille con nuestros representantes locales: un ejemplo de psiquiatría ciudadana.

EXPERIENCIA DE PSIQUIATRÍA CIUDADANA EN LILLE

La psiquiatría ciudadana

Hemos organizado la atención al paciente en psiquiatría siguiendo estos cuatro grandes principios de la psiquiatría ciudadana (4):

- No tener colaboradores sino ser colaboradores: en relación con el desarrollo de los Consejos Locales de Salud Mental (CLSM) (5)
- La alternativa a la hospitalización: la atención al paciente en la comunidad, los equipos se reparten al 80% en la atención al paciente en la comunidad y el 20% en la hospitalización
- La inserción accesible a los usuarios: los equipos son móviles
- El *empoderamiento* de los usuarios: nada sobre nosotros, sin nosotros « *Nothing about us without us* »

Del asilo a la atención al paciente en la comunidad

En 1971, el hospital contaba con 300 camas en unidades cerradas, toda la atención al paciente se realizaba sin el consentimiento del paciente. En 2012, la

atención ambulatoria en la comunidad tiene preferencia y representa un 82% de los equipos. Los distintos servicios propuestos en la comunidad son: cuidados a domicilio, casas de acogida, cuidados intensivos a domicilio. Los servicios son disponibles incluso en el caso de hospitalización sin consentimiento, 10 camas de hospital. Además, la inserción social y la recuperación del paciente tienen prioridad, en cooperación con todas las partes implicadas.

Durante estos 40 años, se ha dado prioridad a la atención al paciente en la comunidad:

	1973	1993	2013
Patients suivis	590	980	2800
Patients hospitalisés	145	287	230
Lits occupés / jour	350	93	7
Durée moyenne de séjour	213	26	7
Actes ambulatoires	0	8100	60500
% des équipes travaillant dans la communauté	1	49	72.5

Patient suivi: pacientes con seguimiento. Patient hospitalisés: pacientes hospitalizados. Lits occupés/jour: camas ocupadas por día. Durée moyenne de séjour: duración máxima de la estancia. Actes ambulatoire: actos ambulatorios. % des équipes travaillant dans la communauté: % de los equipos que trabajan en la comunidad.

Ciudadanía

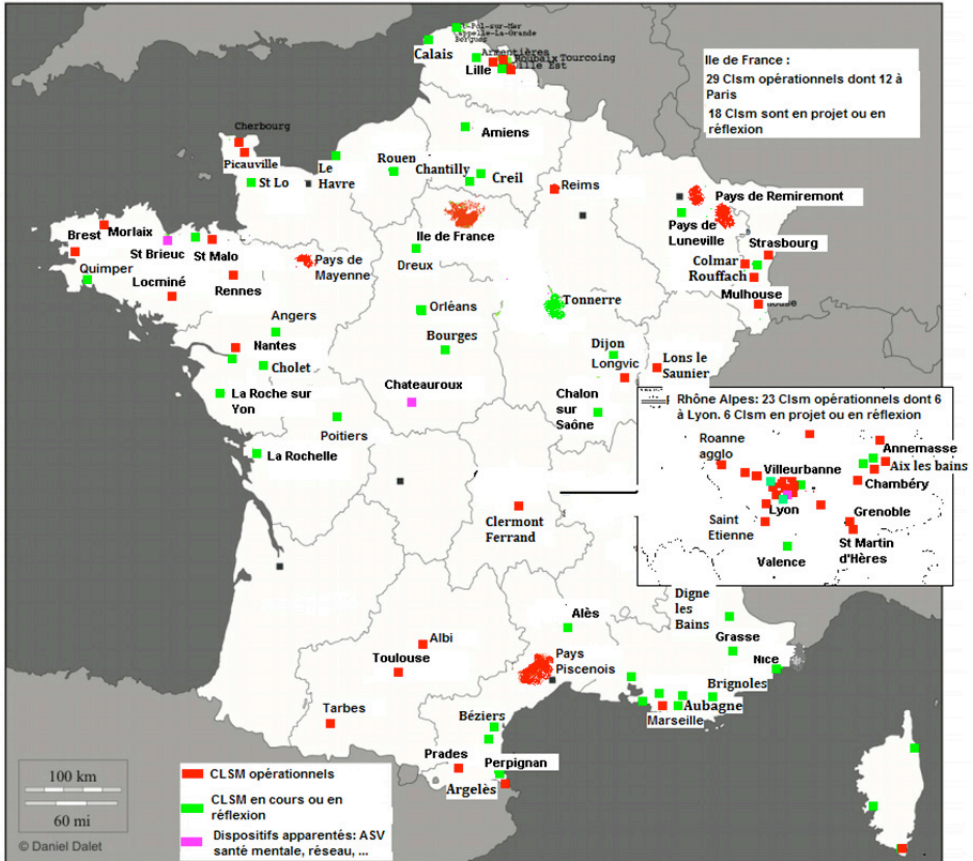
El consejo intercomunal de salud, salud mental y ciudadanía es una plataforma de consulta que define las políticas de salud y salud mental, implementa acciones concretas incluyendo todas las partes interesadas y las personas implicadas en salud mental. Este consejo promueve la salud mental y toma decisiones contra la estigmatización. El acceso a la atención al paciente y la promoción de la inclusión social son discutidos y decididos juntos.

Aquí hay un mapa de los Consejos Locales de Salud Mental (CLSM). Desde 2008, el número de CLSM no para de aumentar. Hoy en día contamos con unos 200.

IMAGEN 1

Mapa de los Consejos Locales de Salud Mental 2013.

Conseils locaux de santé mentale



Los consejos locales de Salud Mental funcionan de la siguiente manera:

- Son gestionados por personas elegidas por los usuarios, personal de atención al paciente, familias, servicios públicos de psiquiatría, servicios médico-sociales, servicios culturales, servicios jurídicos y de inserción del territorio (para niños y adultos)
- Hacen un análisis local de las necesidades en materia de salud mental
- Desarrollan acciones concretas
- Cubren el acceso y la continuidad de la atención al paciente

Las CLSM han dado lugar a 170 alojamientos en 25 años, de acuerdo con los ayuntamientos. Han permitido el desarrollo del acceso a la atención al paciente, el empleo y al alojamiento.

EMPLEO Y ACTIVIDADES CULTURALES

Estas acciones son desarrolladas según cuatro grandes ejes de desarrollo: el empleo, la cultura, la prevención y la lucha contra la estigmatización.

El acceso al empleo ha sido establecido a través de talleres municipales: empleos en casas de acogida en los ayuntamientos y asociaciones que acompañan a las personas con problemas de salud mental. El acceso a la cultura esté en el centro de nuestra acción, así es como han surgido 17 establecimientos culturales y deportivos, incluido el proyecto “Sagacité” [Sagacidad, n.d.t], que ofrece un apoyo individual a los usuarios. La prevención está también potenciada, especialmente los casos de obesidad y cáncer. Hemos intentado luchar contra la estigmatización de la población, principalmente a través de contactos sociales: organizando semanas de información en salud mental, y el centro de arte contemporáneo “Frontière” [Frontera, nd.t] expone artistas conocidos o no que tienen trastornos mentales o no, sin distinción.

También ha ido surgiendo progresivamente un servicio de empleo en la comunidad para las personas con Trastornos Mentales Severos. Para ello, cuatro tipos de estructuras han sido creadas:

- Talleres terapéuticos
- Centros de adaptación a la vida profesional puestos en marcha por los ayuntamientos, destinados a personas sin empleo que sufren trastornos mentales severos
- Creación de talleres protegidos (60 plazas) integrando un 20% de personas que padecen trastornos mentales severos
- Apoyo en el entorno (IPS – Individual Placement Support)

Para muchos, esta organización no ha sido eficaz. Cuando el problema de salud mental era demasiado grave, les era imposible conseguir un empleo.

ESTABLECIMIENTO DE AYUDA AL TRABAJO (EL ESAT:ÉTABLISSEMENT D'AIDE PAR LE TRAVAIL)

Histórico de su creación

Se ha establecido un grupo de trabajo sobre el tema del retorno sostenible al empleo de personas con trastornos psiquiátricos severos como parte del consejo local de salud mental. Consistía en representantes de usuarios de salud mental y familias de usuarios, representantes locales electos, profesionales de la inserción y de la atención al paciente.

Dos años de reflexión llevaron a la creación, en marzo de 2008, del ETIC, un dispositivo de trabajo integrado en la ciudad establecida en el norte de Francia.

La estructura tiene una capacidad de 25 personas que padecen trastornos psíquicos severos estables, de tipo psicótico o bipolar.

Se movilizan tres profesionales: una persona de apoyo profesional, un educador especializado y un director.

Objetivos: Las prácticas de EtiC apuntan a la inclusión socio profesional y al retorno a la participación ciudadana de las personas acompañadas.

ORGANIZACIÓN

El apoyo profesional

El dispositivo ofrece puestos de trabajo adaptados a través de contratos puestos a disposición de empresas asociadas públicas o privadas siendo el EtiC el empleador de las personas.

Los puestos de trabajo tienden a ser “a la medida”, se buscan en términos de expectativas, habilidades y dificultades encontradas por cada uno.

Es el caso de los 17 oficios representados por 25 personas acompañadas: secretario polivalente, contable, conductor repartidor, trabajador de espacios verdes, asistente administrativo, técnico de mecánica industrial, empleados en tiendas de autoservicio...

Las adaptaciones del puesto de trabajo se centran en:

- El trabajo a tiempo parcial
- El acompañamiento regular y la mediación en el lugar de trabajo por un profesional de EtiC
- La presencia de un referente profesional de proximidad al seno de la empresa de acogida
- La disponibilidad y reactividad del equipo
- Un entorno de trabajo sensibilizado y atento

El apoyo socio-educativo tiene como objetivo el acceso a:

- La autonomía social: capacidad de hacer valer sus derechos, gestionar un presupuesto, poner en marcha un proyecto, autogestionar su día a día, solicitar a los actores de sanidad...
- La participación social: favorecer el acceso a la cultura y al entretenimiento.

Los acuerdos y cooperaciones se desarrollan en función de las necesidades, las expectativas y las situaciones individuales de cada persona. Son muy variados:

servicios de atención al paciente en salud mental, organismos de formación, medicina del trabajo, centros de rehabilitación psicosocial, servicios sociales o médico-sociales, asociaciones de tutela...

RESULTADOS

Cuantitativos:

Cincuenta personas se han beneficiado de un seguimiento desde la apertura de la estructura:

- 25 están todavía activos
- 6 se han integrado en un entorno laboral ordinario a través de un contrato de derecho común
- 2 han sido reorientados hacia un entorno laboral protegido
- 17 han renunciado al trabajo para dirigirse hacia otro modo de vida

Cualitativos: desarrollar el “empoderamiento”:

- Menos medidas de tutela
- Acceso a un alojamiento autónomo
- Aumento de las competencias y evolución en el puesto de trabajo
- Desarrollo de proyectos (vacaciones, permiso de conducir, hijos...)
- Creación de una revista online de las personas que benefician de un seguimiento (<http://www.esatetic.fr/mag-n-etic>) (6)
- Intervenciones públicas de personas cada vez más frecuentes

CONCLUSIÓN

Existe un amplio arsenal jurídico en Francia, pero no tantas políticas realmente orientadas a la acción. La respuesta jurídica existente es eficaz en materia de ayudas financieras, pero carece de inclusión social. Además, es difícil acceder a datos completos y exhaustivos. Francia es el terreno de mucha experimentación, pero no de una verdadera política nacional. Hemos visto todos que es posible integrar en el mercado laboral a personas que sufren Trastornos Mentales Severos a través del ESAT (Établissement d'Aide par le Travail) [Establecimiento de ayuda al trabajo, n.d.t.], pero para que esto sea posible, es necesaria la participación de todos: usuarios del servicio de salud, representantes, familias, profesionales de la sanidad (Consejo local de sanidad mental).

REFERENCIAS

- (1) Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *Encephale* [Internet]. 2010 Jan;36(3):7–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)
- (2) Laberon S. Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *Encephale* [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 Nov 29];40:S103–14. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700614001122>
- (3) Nasse P, Légeron P, Bertrand X. Rapport sur la détermination , la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Main [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 29];1–42. Available from: http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/rapport_legeron.pdf
- (4) Roelandt JL, Daumerie N, Caria A, Bastow P. The East Lille Mental Health Service experience: Citizen Psychiatry integrated in the city. Beyond walls deinstitutionalisation Eur best Pract Ment Heal Meran Alpha Beta, Verlag. 2010;(December 2015).
- (5) Guézennec P, Roelandt J-L, Chabane R. Les CLSM, outil de décroisement au service des usagers et des territoires. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 Dec 3];30(8):S90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933815005672>
- (6) Duhal E. Le Mag-n-Etic: un outil pour l'empowerment et la citoyenneté. In: Journées internationales du CCOMS - Citoyenneté & empowerment en santé mentale. Lille; 2018.

II.IV Cooperativas sociales

II.IV.I El empleo en la salud mental y las cooperativas sociales: Experiencias, investigaciones y recomendaciones de Italia

ROBERTO MEZZINA

INTRODUCCIÓN. DESARROLLO DEL CONTEXTO INTERNACIONAL: DE LA REHABILITACIÓN PROFESIONAL AL DERECHO AL TRABAJO

La OMS (1998) describió los principales obstáculos para el empleo de personas con enfermedades mentales graves:

- Inexistencia de posibilidades de elección en los servicios y proveedores de empleo.
- Oportunidades de trabajo inadecuadas.
- Complejidad de los sistemas de incentivos existentes.
- Penalizaciones económicas por trabajar
- Estigma y discriminación.
- Pérdida de prestaciones/beneficios sanitarios

El trabajo es considerado un mecanismo para reintegrar a las personas con enfermedades mentales graves: “Hace años que estamos solicitando los medios para construir activamente el acceso real a los derechos: no sólo el derecho a la atención médica, sino también el derecho a producir, a tener una casa, una actividad, una relación, medios económicos, valor”. (Franco Rotelli citando a la OMS)

Las conclusiones finales de ese informe fueron que “los sistemas de apoyo social, los profesionales de la salud mental y los empresarios desempeñan un papel fundamental a la hora de ayudar a las personas a definir sus opciones, a tomar decisiones, a aprender a manejar afecciones potencialmente incapacitantes y a evitar la hospitalización a largo plazo. Los empresarios, los empleados y los sindicatos están empezando a darse cuenta de que para esta población, los problemas de salud men-

tal son la causa más importante de discapacidad responsable de una carga global de enfermedad mayor que la causada por las infecciones, el SIDA, el cáncer y los accidentes físicos". A la larga, "la discapacidad asociada a los graves problemas de salud mental ya no puede servir de excusa para negar a quienes lo deseen un acceso razonable a un empleo competitivo. Es una premisa para la plena ciudadanía".

El Congreso de la OIT n.159, 1983 ya indicaba que "el propósito de la rehabilitación profesional es permitir que una persona obtenga, conserve y avance en un empleo adecuado y, por lo tanto, promueva la integración o reintegración de dicha persona en la sociedad", al tiempo que también se centraba en la igualdad de oportunidades.

Los principios sugeridos por la OIT (Momm, 1991) eran "el entorno menos restrictivo, el derecho a elegir libremente entre varias opciones, la cercanía a la comunidad, la utilización de la autoayuda y el apoyo de la comunidad, la estabilización adecuada y rentable y los programas de formación y la comprensión de la posibilidad de fluctuación del rendimiento y de recaída. Cuando proceda, se dará preferencia a las formas integradoras de empleo e ingresos salariales frente a la dependencia permanente de la asistencia pública. Además, las leyes deberían garantizar que las economías derivadas de los programas de desinstitutionalización (por ejemplo, el cierre de los hospitales psiquiátricos) se transfieran a las comunidades y a las organizaciones de base comunitaria a través de canales administrativos claros".

En los años siguientes, la Declaración de Consenso sobre rehabilitación vocacional (WAPR-OMS, 1996) reconoció que la Rehabilitación Vocacional es "una parte esencial de la rehabilitación psicosocial como un proceso que facilita la oportunidad para que las personas con daños, con discapacidad o incapacidad por un desorden mental alcancen un nivel óptimo de funcionamiento autónomo en la comunidad. Implica tanto la mejora de las competencias de las personas como la introducción de cambios en el entorno para crear una vida de la mejor calidad posible para las personas que han experimentado un trastorno mental (...) tiene por objeto proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de las personas y de las sociedades".

Hoy en día en todos los niveles de la economía -países de ingresos altos, medios y bajos- la inequidad expandida plantea de nuevo la importancia primordial de los procesos de exclusión y el nexo pobreza-enfermedad que ya había denunciado Franco Basaglia. El Informe sobre la salud en el mundo (OMS Ginebra, 2001) hace hincapié en un "círculo vicioso" de pobreza (privación económica, baja educación, desempleo), trastornos mentales (mayor prevalencia, falta de atención, mayor gravedad de la situación), impacto económico (aumento de los gastos en salud, pérdida de puestos de trabajo, reducción de la productividad). La relación entre el desarrollo económico y la salud vuelve a plantear la cuestión de la necesidad de desarrollar el potencial humano de la sociedad y, por tanto, la relación entre las políticas sociales y sanitarias, dado que las primeras tienen efectos directos y visibles sobre los indicadores de salud.

La teoría de los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005) demuestra una clara relación bidireccional entre los trastornos mentales y el estatus socioeconómico. Los trastornos mentales conducen a una reducción de los ingresos y del empleo, lo que afianza la pobreza y, a su vez, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos. Una hipótesis dominante que vincula el estado social con los trastornos mentales se centra en el nivel, la frecuencia y la duración de las experiencias estresantes y la medida en que son amortiguadas por los apoyos sociales en forma de recursos emocionales, informativos o instrumentales proporcionados o compartidos con otros, y por las capacidades individuales y las formas de sobrellevarlas. Las personas que ocupan un lugar más bajo en la jerarquía social tienen más probabilidades de experimentar condiciones económicas, sociales y ambientales menos favorables a lo largo de toda su vida y de tener acceso a menos amortiguadores y apoyos. Estas desventajas comienzan antes del nacimiento y tienden a acumularse a lo largo de la vida, aunque no todos los individuos en situaciones similares tienen las mismas vulnerabilidades (OMS-Gulbenkian, 2014).

En cuanto a la actuación a nivel macroeconómico, la COMISIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ha declarado lo siguiente: “INFORME FINAL” (CAPÍTULO 7 - EMPLEO JUSTO Y TRABAJO DIGNO): *“Mediante la garantía de un empleo justo y condiciones de trabajo decentes, el gobierno, los empresarios y los trabajadores pueden ayudar a erradicar la pobreza, aliviar las desigualdades sociales, reducir la exposición a peligros físicos y psicosociales y mejorar las oportunidades de salud y bienestar. Y, por supuesto, una mano de obra sana es buena para la productividad”*.

Dentro del Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS, uno de los seis principios transversales es el enfoque multisectorial, definido como “una respuesta integral y coordinada para la salud mental requiere la asociación con múltiples sectores públicos tales como la salud, la educación, el empleo, la justicia, la vivienda, los sectores sociales y otros sectores relevantes, así como el sector privado, según sea apropiado a la situación del país”. El segundo objetivo: *proporcionar servicios de atención social y de salud mental comprensivos, integrados y sensibles en entornos comunitarios*, establece que “...se requiere un enfoque multisectorial mediante el cual los servicios apoyen a las personas en las diferentes etapas de su vida y, según proceda, faciliten su acceso a los derechos humanos, como el empleo (incluidos los programas de reincorporación al trabajo), la vivienda y las oportunidades de educación, así como a la participación en las actividades y programas significativos de la comunidad”.

En este contexto, ¿es el trabajo un derecho? La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es hoy el documento internacional más importante de los derechos humanos, en el Artículo 26 - *Habilitación y rehabilitación*, dice: “Los Estados Miembros adoptarán medidas eficaces y adecuadas, incluso mediante

el apoyo de los compañeros, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, la plena capacidad física, mental, social y profesional, y la plena inclusión y participación en todos los aspectos de la vida. Con ese fin, los Estados Miembros organizarán, fortalecerán y ampliarán servicios y programas integrales de habilitación y rehabilitación, en particular en las áreas de salud, empleo, educación y servicios sociales”. Esto debe hacerse en la etapa más temprana posible y basarse en la evaluación multidisciplinaria de las necesidades y fortalezas individuales; pero también es necesario apoyar la participación y la inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad.

El artículo específico (n. 27) relativo al trabajo y al empleo especifica:

“Los Estados Miembros reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con los demás; esto incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado de trabajo y un entorno laboral abierto, inclusivo y accesible para las personas con discapacidad”.

Las leyes deben prohibir la discriminación por motivos de discapacidad en lo relativo a todas las formas de empleo y proteger los derechos de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones, con condiciones de trabajo justas y favorables, como la igualdad de oportunidades y la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor, y a trabajar en condiciones que garanticen la seguridad y la salubridad de los trabajadores. Debe garantizarse el acceso a los “programas generales de orientación técnica y profesional, a los servicios de colocación y a la formación profesional y continua”, así como a la asistencia para encontrar, obtener, mantener y reincorporarse al empleo. Los Estados también deben promover las oportunidades de empleo por cuenta propia, la iniciativa empresarial, el desarrollo de cooperativas y la creación de empresas propias, y emplear a personas con discapacidad en el sector público y en el privado mediante incentivos. Velar también por que se realicen ajustes razonables en el lugar de trabajo para las personas con discapacidad, promover la adquisición de experiencia laboral en el mercado laboral abierto por parte de las personas con discapacidad y promover programas de rehabilitación profesional y vocacional, de permanencia en el empleo y de reincorporación al trabajo para las personas con discapacidad.

2. MÁS ALLÁ DE LOS PRINCIPIOS: LA ECONOMÍA SOCIAL

Existe un creciente interés en vincular el desarrollo de lo que se denomina “economía social” con el derecho al trabajo de las personas con discapacidad, en situación de desventaja social o en riesgo de discriminación y exclusión social.

Como declaró la Comisión Europea, “una parte significativa de la economía europea está destinada a obtener beneficios para personas que no son inversores o propietarios. Conocida como “economía social”, la cual incluye cooperativas, mutualidades, asociaciones sin ánimo de lucro, fundaciones y empresas sociales. Estas llevan a cabo un número muy amplio de actividades comerciales, ofrecen una amplia gama de productos y servicios en todo el mercado único europeo y generan millones de puestos de trabajo. Las empresas sociales son también el motor de la innovación social”. En Europa hay 2 millones de empresas de la economía social (el 10% de todas las empresas de la UE, más de 11 millones de personas, aproximadamente el 6% de los empleados de la UE). Se trata de una definición muy amplia: las empresas sociales tienen diferentes formas jurídicas y diversos objetivos (desde la agricultura y la banca hasta la provisión de empleo y talleres protegidos). El objetivo principal de las empresas tradicionales de la economía social es “servir a los miembros y no obtener un rendimiento de la inversión como lo hacen las empresas de capital tradicionales”. Los miembros actúan de acuerdo con los principios de solidaridad y mutualidad, y gestionan su empresa sobre la base del principio de “un hombre un voto”. El objetivo principal de las empresas sociales es tener “un impacto social o medioambiental de interés general”.

Desempeña un papel importante en la transformación y evolución de las sociedades, los sistemas de bienestar y las economías contemporáneas, contribuyendo así sustancialmente al desarrollo económico, social y humano en toda Europa y fuera de ella, y son complementarios de los regímenes de bienestar existentes en muchos Estados miembros. Contribuye a varios objetivos clave de la UE: el crecimiento sostenible e integrador, el empleo, la cohesión social, la innovación social, el desarrollo local y regional y la protección del medio ambiente, pero también el bienestar de las personas (Comisión Europea).

3. LA TEORÍA DE LA EMPRESA SOCIAL

Ante el actual escenario de retos económicos y crisis laboral, cabe preguntarse, más allá del valor de las herramientas técnicas y operativas para el trabajo y la inclusión social, cuáles son las posibilidades y oportunidades que la Economía Social ofrece a través de las cooperativas sociales y otras formas de Empresa Social.

“Las empresas de Economía Social se refieren a un universo de organizaciones basadas en la primacía de las personas sobre el capital e incluyen formas organizativas como cooperativas, mutuas, fundaciones y asociaciones, así como formas más nuevas de empresas sociales, y pueden considerarse como vehículos para la cohesión social y económica en toda Europa, ya que ayudan a construir una economía social de mercado pluralista y resistente. Actuando en pro del interés general, las empresas de economía social crean puestos de trabajo, proporcionan servicios y bienes social-

mente innovadores, facilitan la inclusión social y promueven una economía más sostenible y local. Se basan en principios de solidaridad y empoderamiento”. (Consejo de la Unión Europea, 2015).

La empresa social también puede definirse como una “organización con múltiples objetivos y una organización con participación múltiple”, con un sistema específico de contratos e incentivos (Defourny, 2007; Nyssens, 2007; Borzaga, Defourny, 2001). La empresa social como estructura que afecta (y se ve afectada) por el capital social. La transformación de la cultura de un área local requiere la participación de la comunidad como socio en la colocación laboral, y la re-escritura de la relación con las políticas de bienestar y la administración pública. Además, necesitamos argumentar cuál debería ser el papel de las empresas sociales para la desinstitucionalización y contra todas las formas de exclusión social.

En lugar de tendencias basadas en la racionalización, el término empresa social representa una alternativa posible que moviliza e involucra a sujetos y recursos sociales. Como Rotelli señaló en los años 90 (Rotelli, 1994), cada vez está más claro la insuficiencia de recursos para hacer efectivo el principio de los derechos universales, si bien sigue siendo un problema, ya no puede plantearse de la misma manera que cuando comenzó la crisis del estado de bienestar.

El problema, incluso en los países desarrollados, parece ser todavía la falta, o la aparente falta de recursos; y aun así, quizás sea más una cuestión de por qué no se utilizan o, cuando se dispone de ellos, de cómo se utilizan esos recursos, es decir, en lo relativo a la función de las instituciones actuales, que siguen considerándose más bien instrumentos de control social (a menudo violentos, como las prisiones, los asilos o las cárceles de menores).

Una estrategia de “empresa social” sólo puede desarrollarse lejos de los países occidentales.

¿Cómo puede un servicio público, aunque sea fuerte, hacer frente a las nuevas necesidades y al creciente «poder contractual del usuario» cuando el desempleo aumenta y la fragmentación social produce un malestar cada vez mayor en sectores cada vez más amplios de la población?

Una nueva política de salud mental debe preocuparse por una “cultura de necesidades y recursos” en la que los ciudadanos, las comunidades locales y los usuarios trabajen juntos y se organicen para encontrar soluciones e innovaciones dentro de las estructuras de trabajo institucionales: inventando un sector de servicios, un sector inventado a diario y que partió de zonas abandonadas por una reproducción social fallida; que es capaz de crear una nueva distribución porque es capaz de dotar de valor a recursos abandonados; que no es enteramente público o privado, sino que puede ser descrito como una empresa colectiva de reimplantación social. Esto crea un escenario en el que el “usuario” se convierte en un “productor” que participa en una

- Un poder de decisión no basado en la propiedad del capital
- Carácter participativo, que involucra a las personas afectadas por la actividad.
- Distribución de beneficios limitada

Un nuevo conjunto de marcos legales relacionados específicamente con el “modelo cooperativo” ya existía:

- Italia (1991): “cooperativa social”
- Portugal (1998): “cooperativa de solidaridad social”
- España (1999): “cooperativa de iniciativa social”
- Francia (2001): “sociedad cooperativa de interés colectivo”
- Polonia (2001): “cooperativa social”

Los nuevos marcos jurídicos basados en un “modelo más abierto”:

- Bélgica (1995): “compañía de propósito social”
- Reino Unido (2004): “compañía de interés comunitario”
- Finlandia (2004): “empresa social”
- Italia (2006): “empresa social”

4. HISTORIA DE LAS COOPERATIVAS SOCIALES EN ITALIA Y LA INSERCIÓN LABORAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL; PRÁCTICAS Y LEYES

La historia de las cooperativas sociales en Italia representa uno de los desarrollos más importantes en el campo de la salud mental, que fue una parte vital del movimiento de desinstitucionalización que llevó al cierre de todos los hospitales psiquiátricos en dos décadas (1978-1999). Podemos decir que, respondiendo a las necesidades, abordó la cuestión del empleo y el trabajo como derechos en términos de práctica y de leyes de apoyo. La primera sociedad cooperativa se constituyó durante el proceso de desinstitucionalización por los propios pacientes, apoyados por profesionales, para el reconocimiento económico de la labor que estaban realizando en la limpieza del hospital psiquiátrico de Trieste en 1972. Se constituyó el derecho de los pacientes a asociarse y negociar un contrato para el mantenimiento del hospital y se produjo una huelga con el apoyo del sindicato de enfermeras. Finalmente, la Administración capituló y los pacientes involucrados en la llamada “terapia de trabajo” se convirtieron en miembros de una cooperativa de limpieza bajo las reglas y salarios del sindicato. Ya no eran reclusos, sino trabajadores con empleos, salarios y derechos. Se habían convertido en sujetos insertados en un contexto social y laboral. En los años siguientes, las cooperativas sociales comenzaron a crecer como un movimiento nacional - y de alguna manera internacional.

En 1991, tras el desarrollo pionero de las cooperativas formalizadas en el campo de la integración social a partir de los años 70, el gobierno promulga la ley

381, de “Disciplina de las Cooperativas Sociales”, que establece que estas empresas “tienen por objeto perseguir el interés general de la comunidad para la promoción humana y la integración social de los ciudadanos a través de la integración social”: (1) la gestión de los servicios sociosanitarios y educativos (cooperativas de tipo A), (2) la realización de diferentes actividades (agrícolas, industriales, comerciales y de servicios) destinadas al empleo de personas desfavorecidas (cooperativas de tipo B)”.

Según la ley, las personas desfavorecidas deben constituir al menos el 30% de los trabajadores de la cooperativa de tipo B y, de forma compatible con su estatuto, convertirse en miembros de la misma.

Los tipos de desventaja son, además de las discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, los antiguos residentes de hospitales psiquiátricos, incluidos los judiciales, los sujetos sometidos a tratamiento psiquiátrico, las personas con problemas de abuso de sustancias, alcohólicos, adolescentes en edad de trabajar en situaciones de dificultades familiares, las personas detenidas o internadas en prisiones, los condenados y los internados que han sido instruidos en medidas sustitutivas de la privación de libertad o en el marco de un contrato externo de trabajo.

La ley también establece que los organismos públicos pueden estipular acuerdos con cooperativas de tipo B para el suministro de bienes y servicios, distintos de los sociales y educativos, siempre que estén destinados a crear oportunidades de empleo para las personas desfavorecidas.

En una Ley Regional posterior, nº 7/1992, la Región Friuli-Venezia Giulia adoptó el discurso ministerial: “... la Administración Regional, en aplicación de la Ley 381/91, reconoce y fomenta las cooperativas sociales según las mismas categorías establecidas por la ley estatal, integrando en la categoría B la definición de personas desfavorecidas como “en situación de riesgo o exclusión social”, según los informes de las autoridades locales, las autoridades sanitarias locales y los órganos judiciales; resultados de la condición desfavorable mediante documentación de la Administración Pública.”

Sin perjuicio del derecho a la intimidad, regulado posteriormente por la Ley n. 675/96, la ley establece el registro regional de cooperativas sociales dividido en tres secciones: 1) las cooperativas para la gestión de los servicios sociosanitarios y educativos (cooperativas de tipo A); 2) las cooperativas que realizan actividades dirigidas al empleo de personas desfavorecidas (cooperativas de tipo B); 3) los consorcios entre cooperativas.

Con el fin de favorecer el empleo de personas desfavorecidas, la Administración Regional está autorizada a intervenir con la concesión de:

- las contribuciones para la adquisición de material apto para ser utilizado por personas desfavorecidas;
- contribuciones de importe fijo para las personas desfavorecidas;

- cotizaciones fijas para las cooperativas sociales destinadas a la formación de personal especializado que presta asistencia técnica profesional y empresarial a las personas desfavorecidas.

Por lo tanto, en cuanto a la Ley n. 381, incluso con este dispositivo legislativo, los organismos públicos tienen la posibilidad de estipular acuerdos con cooperativas de tipo B para la prestación de servicios distintos de los sociales y educativos, siempre que estén destinados a crear oportunidades de empleo para personas desfavorecidas.

En la Ley N° 68 de 1999 se prevén vías de formación profesional y de colocación con apoyo individual. La Ley 328/2000 lo introdujo en el marco de un sistema integrado de servicios sanitarios y asistenciales orientado a la integración social y a la superación de las formas de exclusión social de las personas desfavorecidas. En todas estas leyes se persigue el desarrollo económico y la cohesión social; por ello, lo que se requiere no son sólo formas de orientación individual y de búsqueda de trabajo a través de las agencias de empleo, sino también subvenciones de empleo, prácticas, contratos de formación para el trabajo y creación de empresas.

La situación italiana actual muestra un aumento constante de la demanda de trabajo por parte de las personas desfavorecidas, pero sólo un número estable pero reducido de personas se emplea regularmente a través de sistemas tradicionales y de las normas disponibles (Ley 68/99). Hay un ligero crecimiento de las personas empleadas a través de la ley 381/93.

Existe un debate sobre la eficacia de las ayudas al empleo en una situación de dominio asistencialista. Los programas de responsabilidad social (Ley 68), las becas de trabajo y la formación profesional a menudo quedan fuera del trabajo competitivo.

5. LA EXPERIENCIA EN TRIESTE

En el proceso de desinstitucionalización, la rehabilitación en Trieste ha sido concebida como un programa de restitución y (re)construcción de plenos derechos (políticos, civiles, sociales) y ciudadanía para las personas con discapacidad por enfermedad mental, y la construcción material de estos derechos (Rotelli). Esto implica:

- a) el reconocimiento jurídico de los derechos civiles y sociales
- b) adquirir recursos (casas, empleos, bienes, servicios, relaciones) principalmente a través de un proceso de desinstitucionalización que reconvierte el total de las instituciones en servicios comunitarios
- c) mejorar el acceso a los recursos, principalmente mediante el desarrollo de las capacidades de los usuarios a través de:
 - formación (competencias vitales y profesionales, educación);
 - información (psico-educación, conciencia social).

La creación de redes de apoyo social, gestionadas por servicios comunitarios integrales totalmente alternativos al hospital psiquiátrico, facilita la prestación de recursos.

Para lograr estos objetivos, es esencial:

- empoderar a los consumidores primarios;
- proporcionar apoyo a los miembros de la familia;
- re-especializar y reorientar a los profesionales;
- proporcionar educación sanitaria y provocar un cambio cultural en las actitudes, especialmente en las personas que participan directamente en la prestación de servicios.

Todas estas acciones deben minimizar las limitaciones y barreras sociales que contribuyen a provocar discapacidad y estigma, y que refuerzan el mal comportamiento (institucionalización a largo plazo, hospitales forenses). Las acciones de rehabilitación no pueden tener por objeto “merecer” u obtener un derecho adquiriendo las capacidades para gestionarlo, sino permitir que el usuario ejerza plenamente sus derechos cuando no pueda o haya perdido dichas capacidades.

Merece la pena superar los límites de un servicio público a través de una práctica social extendida y extra-institucional orientada a producir iniciativa individual y subjetividad: no recuperación sino emancipación, no restauración sino reproducción social.

La red de servicios del Departamento de Salud Mental de Trieste (para 236.393 habitantes) incluye actualmente 4 Centros Comunitarios de Salud Mental (equipados con 6/8 camas cada uno y abiertos las 24 horas del día), una pequeña Unidad en el Hospital General con 6 camas de emergencia, un Servicio de Rehabilitación y Apoyo Residencial (con planes de alojamiento con apoyo y pequeñas casas de grupos para 98 personas) y un Centro de Día “difundido” que incluye programas de formación y talleres desarrollados con asociaciones de voluntarios, clubes y casas de recuperación (Mezzina, 2014, 2016).

Las actividades actuales de las cooperativas en Trieste son:

- limpieza y mantenimiento de edificios (diversas agencias)
- Comedores y catering, incluido el servicio a domicilio para personas mayores
- Porteadores y transporte
- Lavandería
- Sastrería
- Archivos informáticos para ayuntamientos, etc.
- Mobiliario y diseño
- Reciclaje
- Servicios de cafetería y restaurante

- Hotel
- Front-office y call-center de las agencias públicas
- Personal de los museos
- Producción agrícola y artesanía de jardinería
- Carpintería
- Producción fotográfica, de vídeo y de radio
- Servicio informático, comercio editorial, CD-Rom
- Serigrafía
- Teatro
- Servicios administrativos
- Grupos de viviendas (tipo A)
- Parking

Los compradores son tanto organismos públicos como ciudadanos particulares. El número de personas que actualmente trabajan en estas cooperativas es de aproximadamente 600 en las cooperativas de tipo A y 600 en las de tipo B. En las cooperativas de tipo B, el 50% son miembros desfavorecidos y más de 100 personas tienen becas de trabajo para su formación.

El personal de los servicios trabaja como directivos o como especialistas en salud mental; como docentes y colaboradores para cada sector específico (miembros de la “Intelligentsia” abiertos a la empresa); como miembros ordinarios. Se prevén exenciones fiscales individuales durante 2 años. Los beneficios deben ser compartidos entre los miembros. Cada miembro tiene un voto en la asamblea, que toma cualquier decisión y elige al comité directivo. El objetivo más importante es el crecimiento de la autonomía del individuo, de sus intercambios sociales y de su relación con las instituciones y, por lo tanto, con los servicios psiquiátricos, una autonomía que es tanto terapéutica como económica (autosuficiencia).

Las cooperativas pueden incluso representar una oportunidad para una carrera profesional: en la cooperativa “F. Basaglia” - comedor, catering, limpieza, transporte, lavandería, encuadernación de libros - donde muchos directivos de los sectores son personas “desfavorecidas”. El 45% de las personas desfavorecidas (60%) trabajan a tiempo completo. El 80% de los aprendices están empleados en un plazo de 12 a 14 meses. El principio de “permanencia en el mercado” queda demostrado por un “contrato global de servicios” obtenido para cubrir todos los servicios de salud, incluidos los hospitales, así como las escuelas; es como una mediana empresa. Combatir el estigma significa también “hacerlo mejor” que otras empresas.

Mirando globalmente la vida de sus miembros, las cooperativas se ocupan de sus derechos sociales: vivienda, cuidado físico, calidad de vida (tiempo libre), participación de los niños, etc.

Si nos fijamos en las relaciones con el Departamento de Salud Mental, así como en el proceso de colocación, observamos que existe un contrato tripolar: usuario, servicio y empresa (cooperativa u otro): que puede ser roto en cualquier momento por cada uno de ellos. La Agencia de Salud proporciona instrumentos económicos, como las “becas de trabajo”, para cubrir el período de formación. En cada Centro CMH hay al menos un operador “especializado” que trabaja dentro del equipo y capta cualquier sugerencia y petición; conoce bien a los usuarios y colabora con sus propios operadores clave. Durante la búsqueda de empleo, se presenta y discute un “catálogo de ofertas”, y luego se organiza una visita, seguida de una reunión y un “contrato”. La verificación y la coordinación central se realizan a nivel de departamento. Cerca de $\frac{1}{4}$ de los trabajos ubicados se encuentran en las empresas privadas, donde la sostenibilidad y la permanencia en el empleo es un asunto fundamental.

La inserción laboral se realiza a través de un enfoque que puede definirse como “apoyo natural” (Verdugo Alonzo, 2004), es decir, encontrar el tipo de empresa adecuada (de pequeñas empresas, cercanas o familiares), la relación personal, el estar en el lugar y la máxima disponibilidad.

Hoy en día en Trieste hay 282 puestos de trabajo individualizados en un año (2017), sólo 15 en 2017, 11 cooperativas (A y A+B) participan en el sistema de presupuestos personales (A+B), ofrecen apoyo a domicilio y servicios humanos, incluyendo el entrenamiento y colocación laboral. También hay 8 cooperativas (Franco Basaglia, La Collina, Querciamonte, Confini, Cassiopea, il melograno, Agricola Monte San Pantaleone, Lister). Se han desarrollado nuevos proyectos como “Hubility” - para el reciclaje creativo y los objetos de arte, “Oltre i Grembani” - cultivo biodinámico, Cave nove - bienestar y taller de cocina de calidad. Aunque la experiencia en Trieste no mezcló la idea de las cooperativas sociales con la autoayuda y la ayuda mutua, lo que se ha logrado a través de asociaciones de clientes y ciudadanos como socios del Departamento de Salud Mental. Recientemente (2014) un número de trabajadores de apoyo fueron capacitados en un curso especial y la mayoría de ellos ahora están empleados como miembros de las cooperativas Tipo A para servicios humanos. Muchos de ellos trabajan con el equipo de CMH como trabajadores de inclusión social para los “centros de atención diurna” y participan en cualquier forma de coproducción, por ejemplo, casa de recuperación, universidad de capacitación, etc. El uso de presupuestos personales para proyectos de vida es ahora relevante en la cuestión del trabajo (Ridente y Mezzina, 2016).

6. LA CUESTIÓN DE LA RECUPERACIÓN: CIUDADANÍA Y COPRODUCCIÓN

Desde el punto de vista subjetivo de las personas con experiencia vivida, el trabajo es la salida más importante del “circuito” psiquiátrico en el proceso

de recuperación. Esto surge de las investigaciones interculturales que realizamos (Davidson et al. 2005; Mezzina et al. 2006). Cuando miramos la relación entre recuperación y ciudadanía, no sólo es visible una ruta personal sino también una dimensión social. La inserción laboral no está ligada a una progresión, como una meta; sino como un instrumento, una oportunidad en el camino de la recuperación y la emancipación. Las oportunidades vocacionales son necesarias para el descubrimiento de uno mismo, como medio para la auto-exploración. El trabajo también es una actividad significativa que combate el aislamiento, la soledad y el tiempo vacío: ser capaz de socializar y hacer nuevos amigos a través del trabajo, ser capaz de cometer errores y probar diferentes cosas sin fracasar o ser rechazado, tener experiencias laborales exitosas que reflejan el progreso o la mejora de una persona y el desarrollo de un papel social positivo que se relaciona con sentirse valorado o necesitado por los demás.

Los ingresos generados por el trabajo mejoran la calidad de vida de la persona.

Aunque también se reconoció que el trabajo a veces es estresante, los clientes aprenden a modular y manejar este tipo de estrés como un componente esencial para recuperar sus vidas. Recuperar una vida “normal” implica necesariamente reincorporarse “a las actividades ordinarias de la vida cotidiana, como asistir a la escuela, conseguir un trabajo, desarrollar amistades y relaciones románticas, y participar en actividades sociales y recreativas naturales”. Dada la diversidad de intereses humanos, talentos y dones, hay tantos pasos como personas con experiencia vivida que desean reclamar sus vidas como ciudadanos de sus comunidades.

Si nos fijamos en el avance más reciente de la investigación social, hoy podemos valorar la contribución activa de los usuarios en las empresas sociales y las cooperativas sociales como una forma de “coproducción”. Este es un término acuñado en los EE.UU. por el Premio Nobel de Economía 2009 Elinor Ostrom (Ostrom & Baugh, 1973; Parks et al., 1981.), es decir, se trata de prestar servicios públicos en una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales, las personas que utilizan los servicios, sus familias y sus vecinos, donde las actividades se coproducen de esta manera, tanto los servicios como los barrios se convierten en agentes de cambio mucho más eficaces (Boyle y Harris, 2009); reconocer a las personas como activos, promover la reciprocidad, dar y recibir (confianza entre las personas y respeto mutuo) y construir redes sociales, por el bienestar físico y mental de las personas. Todas las cuestiones relacionadas con las cooperativas sociales, desde el punto de vista de la teoría y la práctica de las empresas sociales, pueden considerarse no sólo como un “tratamiento” en el ámbito de la rehabilitación, sino como el desarrollo de toda una “economía social”, tal como se ha definido anteriormente.

7. RESULTADOS DE LA INSERCIÓN LABORAL EN DEPARTAMENTOS DE SALUD MENTAL. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EN ITALIA

Aunque las formas y los enfoques utilizados por las cooperativas sociales no están formalizados y estandarizados en un método, han demostrado ser exitosos. Por supuesto que la base de evidencia es débil, no se ha realizado ninguna investigación sistemática, aparte de la investigación local que confirma buenos resultados no sólo en términos de ocupación, sino también en la calidad de vida, una mejor relación con el sistema de salud mental, con los programas terapéuticos incluyendo un menor uso de medicamentos, con la familia y la red social, etc.

Una investigación nacional (Bracco et al., 2013) sobre el papel de los servicios de salud mental en la rehabilitación profesional y la colocación laboral, mostró que el 80% de los departamentos de salud mental en Italia tienen a las Cooperativas Sociales tipo B como socios principales. Los equipos de CMH cuentan con personal dedicado a la inserción laboral y realizan todas las acciones (menos apoyo en el trabajo, principalmente proporcionado por socios externos). La formación en el puesto de trabajo y la coordinación del equipo es la estrategia principal, mientras que el apoyo individual es ofrecido por los socios de la empresa. Las personas con habilidades de relación son más necesarias que los expertos. Los principales criterios para elegir a una persona son la presencia de un plan de atención integral (70%) y las oportunidades ofrecidas (40%), luego la motivación (23%) y las habilidades profesionales (23%). La colocación laboral es una amplia intervención de la red. El uso de incentivos económicos, como las subvenciones para el trabajo, suele ser proporcionado por el servicio (47%) o por la municipalidad (26%). Las agencias de empleo intermedian la mayoría de los programas (66%).

Si se observa la muestra de usuarios (n=14.403), cuyo sexo es mayoritariamente masculino (56%), entre 35 y 44 años, con un diagnóstico predominante de psicosis (49%), los resultados muestran una alta calidad de vida (65%), buena satisfacción (59%) y mejoría clínica (57%). El principal resultado es el de la incorporación al mercado laboral, con 1.448 personas (10%). El principal determinante del programa de capacitación laboral es la presencia de cooperativas sociales, mientras que el principal determinante del buen resultado es el contexto económico y local. En términos de Regiones, hay grandes variaciones, desde Friuli Venezia Giulia con un número de proyectos de 50 /100.000, y Marche 52/100.000, hasta Calabria 1,55 /100.000.

Los datos actuales sobre las cooperativas sociales son relevantes:

- de 2011 a 2015, el número de cooperativas sociales en Italia aumentó de 11.264 a 16.125, es decir, + 43% (sector no lucrativo + 11,6).
- Desarrollo económico y social: de 7.458 a 6.838 (-8,3%)

- Cooperativas sociales: 86% del total
- 92.696 empleados (+ 25,9%)
- 45.566 voluntarios (-21,1%)
- Asistencia social: empleados + 26,1%.
- Salud: empleados + 11,9%.
- Las cooperativas sociales tipo B son 3.671 de 13.604 (fuente: INPS)
- Aumento del 8,5% de socios desfavorecidos de 2008 a 2014; cuando el capital invertido aumentó un 50,7%.

En el año 2014, había 530.788 miembros de las cooperativas A y B, de los cuales 32.611 eran desfavorecidos (Borzaga, 2018).

Si observamos la tendencia en nuestra región, mientras que hubo una disminución de las cooperativas sociales, el número total de miembros aumentó tanto como el de los desfavorecidos (470+335 en 2014, en lugar de 395+361, respectivamente A y A+B).

Mientras tanto, el programa de empleo con apoyo mejor estudiado, el Individual Placement and Support (IPS), está ahora muy extendido en nuestro país como en muchos otros. Los datos (2016) de la Región Emilia-Romaña muestran 768 personas incluidas, de las cuales 476 (62%) efectivamente han trabajado (Fioritti, 2018). Son quince años de experiencia en todo el país, con miles de usuarios atendidos, cientos de profesionales capacitados. El enfoque es muy satisfactorio para los usuarios, con una buena integración en las actividades de rehabilitación e inclusión social de los Departamentos de Salud Mental. Hay una posible extensión interesante a otros sectores (autismo, discapacidad física, mujeres con historias de maltrato y abuso). El IPS tiene ahora plena coherencia con los planes sociales y sanitarios regionales (Emilia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Marche, Lazio, Liguria, Toscana).

8. PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES. EL BORRADOR DEL DOCUMENTO DE LA OMS

En 1994 la Iniciativa de Apoyo a las Personas con Discapacidad por Enfermedades Mentales Severas organizó un taller de expertos en Trieste. Para ello, emitimos un informe que calificaba el grado de empresa social en un programa vocacional (Mezzina, 1994). Esto incluyó un intento de comparar en una secuencia esquemática los modelos, escenarios, programas, filosofías e instalaciones de rehabilitación profesional.

TABLA 2

1. **TT – Terapia de trabajo**
2. **TO - Terapia ocupacional**
PA - Programas de actividades

3. **FP - Formación profesional interna**
TP - Trabajos protegidos
ET - Empleo transitorio

4. **EA - Empleo con apoyo**

5. **SC - Sociedades cooperativas**
ES - Empresas sociales
NA - Negocios afirmativos
(o NEPA, negocios empresariales patrocinados por agencias)

En el documento se esbozaban una serie de temas, preguntas y problemas. Algunas de ellas tienen sentido incluso hoy en día.

¿Sigue siendo oportuno mantener separados la formación profesional, la organización productiva y la venta? ¿Cuáles son los procesos en la construcción de la subjetividad y la identidad en el trabajo? ¿Qué valor está relacionado con el trabajo? Se basa en la solidaridad, la recompensa pedagógico-educativa, el almacenamiento ocupacional, la normalización del trabajo. El trabajo es visto como una necesidad, como un derecho, como una autorrealización. ¿Es importante la naturaleza colectiva de una empresa social, el sentido de pertenencia a un proyecto, para desarrollar un sentido de propiedad e identidad?

Existe una extraordinaria contradicción en la empresa social y el negocio social afirmativo entre operar dentro de un sistema de intercambio (aceptación del mercado laboral con todas sus regulaciones) y la producción de un mundo menos alienado (pequeña dimensión, elección, creatividad, hábitat social). ¿Es cierto que las empresas sociales son formas de trabajo semicubierto? ¿Es posible crear un contexto totalmente nuevo, que vaya más allá de una “adaptación exitosa” a los empleos tradicionales (a menudo con condiciones de trabajo inadecuadas, que es tanto la causa del fracaso como la incapacidad de los usuarios para satisfacer las demandas del entorno), pero que no sea al mismo tiempo consolador, ficticio, protegido, separado de la vida social?

Por otra parte, ¿es posible ajustar las condiciones de trabajo de manera que, al satisfacer las necesidades de los discapacitados, se produzcan efectos beneficiosos para la fuerza de trabajo en general (por ejemplo, la Ley de Americanos con Discapacidades)?

Hay límites y posibilidades de las organizaciones con y sin ánimo de lucro, incluso las organizaciones sin ánimo de lucro “tienen que recaudar dinero”. ¿A quién están destinadas las ganancias? ¿Cómo se reinvierten?

¿Qué tipo de incentivos pueden ofrecerse de manera realista a los empresarios que promueven acuerdos laborales para personas discapacitadas (fiscales, herramientas, créditos fiscales, etc.)? ¿Qué posibles incentivos hay para quienes continúan trabajando a pesar de los impedimentos y discapacidades, o de la crisis?

Después de una discusión muy profunda, las conclusiones señalaron algunas de las recomendaciones más relevantes de las prácticas y evidencias. Si bien se mantuvo por una serie de razones incidentales sólo en la etapa de redacción, creo que se anticipó a algunos de los resultados más importantes de las mejores prácticas que en ese momento ya abordaban la cuestión del trabajo que hemos analizado hasta ahora, hace más de 20 años. Los resumimos a continuación:

- La salud mental es un componente esencial del derecho a la ciudadanía
- El trabajo es esencial para la plena ciudadanía, y debe ser apropiado a las necesidades, intereses y capacidades.
- La rehabilitación profesional sólo puede tener lugar en una estructura socioeconómica determinada.
- Para las personas con discapacidad por enfermedad mental grave, es importante tener acceso a una amplia gama de experiencias y poder elegir; el trabajo que no debe imponerse debe tener en cuenta la posibilidad de fluctuaciones y recaídas en el rendimiento de las personas.
- Todo trabajo debe estar acorde con las capacidades de un individuo tal como lo percibe él mismo. Existe el derecho a elegir libremente entre varias opciones.
- Trabajo de verdad por una paga de verdad.
- El trabajo debe realizarse en un entorno lo menos restrictivo posible. Cercanía a la comunidad, integración con otros trabajadores en el entorno laboral, utilización de la autoayuda y el apoyo de la comunidad, formación adecuada y rentable y programas de apoyo.
- Las formas de salarios justos (acordes con las normas nacionales) deben distinguirse claramente de la ayuda financiera para la formación profesional en un tiempo limitado.
- Las mujeres son un grupo vulnerable al que se le debe dar acceso pleno y equitativo a oportunidades apropiadas de capacitación y empleo.

- En los países con oportunidades limitadas de empleo formal, los consumidores deberían poder participar en las actividades del sector informal, incluidas las facilidades de crédito para crear pequeñas empresas. Una visión a largo plazo es la integración en entornos laborales regulares.
- Se incluyen conceptos relativos a la empresa social, por ejemplo, las iniciativas de trabajo deben participar en las actividades de la comunidad local, están dirigidas a la revitalización del entorno desaprovechado y a la restauración de los recursos que ya no se utilizan, deben promover una buena calidad general (en el lugar de trabajo, en las relaciones interpersonales, en los bienes y productos, en el formato de la formación, etc.). Deben mejorar la calidad de vida de los miembros de la comunidad en general.
- Se necesita una remuneración por adelantado, oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional.
- El apoyo a largo plazo (al entorno individual o colectivo) es importante para obtener y mantener el trabajo.

9. CONCLUSIONES

Los programas y servicios comunitarios de salud mental deben centrarse en las áreas “de toda la vida” que las personas necesitan para tener la mejor oportunidad de recuperación (IMHCN, 2017). Estos campos sólo pueden ser realizados si existe un sistema completo desarrollado e implementado entre muchas agencias y grupos comunitarios. Tanto los servicios formales como informales tienen que buscar diversas formas de participación, cooperación y participación activa y alianzas con el empoderamiento de todas las partes interesadas para formar un sistema completo. De este modo, la colaboración y la relación con todos los participantes y agencias del Tercer Sector se convierte en un instrumento clave para poner en marcha proyectos personalizados centrados en las necesidades reales de las personas, mejorando así sus capacidades y su autonomía.

La ocupación, el trabajo y la educación están entre las herramientas más importantes para la recuperación y la emancipación. Este camino comienza con proyectos personales (de vida), desarrollados con el usuario por los Servicios CMH, involucrando a su Red Social. También es necesario transformar la cultura de los servicios y los prejuicios sobre las enfermedades mentales como “improductiva”. El reto de la productividad está ligado a la posibilidad de una verdadera inclusión social y laboral. Es particularmente cierto cuando los usuarios se convierten en empresarios o miembros de cooperativas sociales, como protagonistas de la inclusión social.

Las empresas sociales deberían preguntarse cuál es su papel hoy en día en la economía social y más allá: continuar su trabajo por la desinstitucionalización,

de la que nacieron las cooperativas sociales, y evitar nuevas formas de exclusión social.

Es necesario fomentar el desarrollo de un área local: de ahí la participación de la comunidad como socio en la colocación laboral, los programas para el desarrollo de las comunidades y la participación general del usuario, la adquisición de habilidades, los proyectos individuales y los programas de grupo, la coproducción de planes y servicios entre los diferentes intervinientes.

REFERENCIAS:

- (1) Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: impact, issues, and good practices. Nations for Mental Health, World Health Organization and ILO; 2002.
- (2) Rotelli F, cit in Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: impact, issues, and good practices. Nations for Mental Health, World Health Organization and ILO; 2002, 19.
- (3) Momm W. New concepts and experiences concerning the employment of persons with mental disorders. ILO contribution for the III Congress of WAPR, Montreal, Canada, 1991, Oct 13-16.
- (4) World Health Organization. Psychosocial Rehabilitation. A consensus statement. World Health Organization, 1996. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60630/1/WHO_MNH_MND_96.2.pdf
- (5) World Health Organization. World Health Report. World Health Organization; 2001.
- (6) Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005; 365: 1099–104
- (7) World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.
- (8) CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- (9) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, World Health Organization; 2013.
- (10) United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations General Assembly Resolution, 2006, Dec 13. A/RES/61/106.
- (11) European Commission. Social economy in the EU. Retrieved 2 February 2019. https://ec.europa.eu/growth/sectors/social-economy_en
- (12) The Council of the European Union. The promotion of the social economy as a key driver of economic and social development in Europe. Council Conclusions, Brussels, 2005, Dec 7. 15071/15.
- (13) Defourny J & Nyssens M. Social enterprise in Europe: recent trends and developments. *Social Enterprise Journal*, Vol. 4 No. 3, 2008, 202-228. DOI 10.1108/17508610810922703
- (14) Borzaga C and Defourny J (eds). *The emergence of social enterprise*, Routledge; 2001.
- (15) Nyssens M (ed.) *Social Enterprise. At the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society*. Routledge; 2006.
- (16) Rotelli F, Mezzina R, De Leonardi O, Goergen R, Evaristo P. Is rehabilitation a social enterprise? Initiative of support to people disabled by mental illness. World Health Organization; 1994. http://www.triestesalutementale.it/english/doc/rotelli-et-al_xxxx_rehabilitation.pdf. Retrieved April 21, 2019.
- (17) De Leonardi O, Diana Mauri D, Rotelli F. *L'impresa sociale*. Milano: Anabasi, 1994.
- (18) Department of Trade and Industry (DTI) *Social Enterprise: a Strategy for Success*, London; 2002.

- (19) Leff J & Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge: University Press; 2006.
- (20) Mezzina R. Community mental healthcare in Trieste and beyond. An “open door-no restraint” system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 202;440-5, 2014.
- (21) Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors - Trieste, Italy. *La santé mentale en France et dans le monde. L'Information Psychiatrique* 92 (9): 747-54, 2016.
- (22) Verdugo MA y Jordàn de Urries B. Empleo con Apoyo y Salud Mental. Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental, Salamanca, 19-22 noviembre 2003, Publicaciones del INICO, Universidad de Salamanca, 155-164.
- (23) Ridente P & Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *International Journal of Mental Health*, 2016; 45(1), 59-70.
- (24) Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2006; Vol. 9, n. 1, 39-61.
- (25) Ostrom E and Baugh, WH. *Community Organization and the Provision of Police Services*. Beverly Hills: Sage Publications, 1973.
- (26) Parks RB, Baker PC, Kiser L, Oakerson R, Ostrom E, Ostrom V, Percy SL, Vandivort MB, Whitaker GP and Wilson R. Consumers as coproducers of public services: Some economic and institutional considerations. *Policy Studies Journal*, 1981; Vol. 9, No 7, Summer, 1001-1011.
- (27) Boyle D & Harris M. The challenge of co-production - How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services, Nef / NESTA, www.nesta.org.uk, December 2009.
- (28) Bracco R, Mezzina R, Ridente P, Rucci P, Zanello E. Il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale nella formazione e nell'inserimento al lavoro di persone con problemi di salute mentale. Un primo quadro nazionale fornito dalla ricerca PIL - Per l'Inserimento Lavorativo. In *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete Airsam*, Barone R, Bruschetta S, D'Alema M, Franco Angeli ed., Milano, 2013, 171-193.
- (29) Borzaga C. La cooperazione sociale nell'inserimento lavorativo. Dai risultati del modello alle sfide. *Personal Communication*, Seminario Legacoopsociali - Roma, 2018, Jun 5-6.
- (30) Fioritti A. IPS in Italy, personal communication, 2018.
- (31) Rotelli F, Mezzina R, Ehrenfreund C, Goergen R. La riabilitazione professionale di giovani con gravi problemi psichici: una critica dei modelli nella prospettiva dell'Impresa Sociale. *Fogli di Informazione*, 1999; 182: 99-132.
- (32) International Mental Health Collaborating Network. Whole life whole community whole systems approach. www.IMHCN.org. Retrieved 20 June 2018.