

El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía

Employment and recovery of people with severe mental disorders. The Andalusian experience

Marcelino López Álvarez.

Psiquiatra y sociólogo.

Director de programas, evaluación e investigación FAISEM.

Resumen: El texto pretende favorecer la reflexión teórica y el desarrollo de programas de empleo para personas con trastornos mentales graves, partiendo de la consideración del empleo a la vez como un indicador y un instrumento de recuperación de dichas personas.

Para ello se resumen en primer lugar las perspectivas actuales sobre este relativamente novedoso concepto (“recuperación”), ligado a los movimientos profesionales de rehabilitación psicosocial y atención comunitaria, pero también a la emergencia y consolidación de asociaciones de usuarios y usuarias de servicios de salud mental.

Perspectivas que se enlazan con los conocimientos sobre las dificultades, posibilidades y metodologías de empleo de este colectivo, resumiéndose por un lado información científica y tecnológica, pero también información más práctica derivada de la experiencia de desarrollo de este tipo de programas en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Palabras clave: Recuperación, programas de empleo, rehabilitación psicosocial, personas con trastorno mental grave.

Summary: This text is an attempt to stimulate theoretical considerations and the development of employment programs for people with severe mental disorders starting on the base of considering employment both as an indicator and an instrument for recovery for these people.

We summarize in the first place current perspectives on this relatively new concept (“recovery”), linked to psychosocial rehabilitation and community mental health care professional movements, as well as the emergence and consolidation of associations from users of mental health services.

These perspectives are linked to the knowledge of the difficulties, possibilities and employment methodologies of this collective, and then we summarize some scientific and technological information and also more practical information derived from the experience in the development of this type of programs in the Autonomous Community of Andalusia.

Key words: Recovery, employment programs, psychosocial rehabilitation, people with severe mental disorders.



Presentación

Hablar de empleo y de recuperación, en relación con personas afectadas por lo que denominamos trastornos mentales graves, es a la vez interesante y problemático. Interesante porque los dos primeros términos indican aspectos de especial relevancia en relación con las dificultades pero también con las posibilidades de inclusión social que tienen esas personas, en los entornos sociales en los que viven. Pero también problemático porque, a pesar del interés teórico intrínseco de cada uno de dichos términos y de su interrelación, ambos aspectos tienen hoy un desarrollo insuficiente en nuestras sociedades. Y ello incluso tras décadas de esfuerzos por parte de muchas y muchos profesionales y personas afectadas.

Con el fin de contribuir a que el interés teórico mejore sus repercusiones prácticas y afecte significativamente a un número creciente de personas con este tipo de problemas, el texto que sigue pretende simplemente exponer algunas consideraciones generales sobre el tema. Consideraciones que se basan tanto en el conocimiento teórico y técnico acumulado a escala internacional, como en nuestra mucho más limitada y concreta experiencia.

Así, se resumen en él algunos aspectos significativos referidos, por un lado, al término recuperación y, por otro, a lo que sabemos hoy sobre los mecanismos que permiten mejorar el acceso y mantenimiento en el empleo de este tipo de personas, considerando el empleo a la vez como un indicador y como un factor condicionante de la recuperación de las mismas. Resumen que parte de una revisión necesariamente breve de la abundante literatura profesional referida a ambos temas y que se completa (al final) con algunas de las referencias bibliográficas que nos parecen más útiles a este respecto, incluyendo algunas que se basan a su vez en revisiones mucho más exhaustivas.

Pero la reflexión teórica debe añadir referencias prácticas y por ello el texto presenta también las líneas generales de la experiencia que desde la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) venimos desarrollando en Andalucía.

Experiencia que pretende basarse en el conocimiento teórico y técnico que resumimos en la primera parte del texto.

Esperamos con todo ello facilitar elementos de reflexión que, sometidos a la crítica constructiva que un espacio como este permite, nos ayuden a todos y a todas a mejorar nuestros programas de empleo e inclusión social y con ellos la situación del mayor número posible de personas con las que trabajamos.

La recuperación y empleo

Una primera referencia teórica aunque con implicaciones prácticas evidentes es la relativa al término “recuperación”, que tiene un uso creciente en el campo de la atención a personas con trastornos mentales graves, especialmente de aquellas diagnosticadas de esquizofrenia (1-4). Uso creciente que sigue sin embargo mostrando algunas imprecisiones, matices e incluso en ocasiones visiones contrapuestas (1, 3-9).

De hecho, en una primera aproximación, podemos encontrar al menos tres sentidos distintos en el uso del término *recuperación*, sentidos que se confunden a veces en la literatura relacionada con las personas con este tipo de problemas (1, 3-10):

- a. En primer lugar, en concordancia con su uso en el lenguaje ordinario y de manera similar a lo que sucede en el caso de otros problemas de salud, se puede entender el término, en sentido estricto, como la recuperación del nivel de funcionamiento previo al inicio de la enfermedad, equiparándose entonces al concepto de “curación” (2, 10).
- b. Es evidente que ese uso tiene dificultades en el caso de personas con trastornos mentales graves, en las que no es fácil hablar ni de niveles de funcionamiento previos a la aparición de la enfermedad ni de curación en sentido estricto (4, 10). Por ello podemos utilizar ese término, en un sentido menos estricto, para hablar de recuperación como remisión significativa si no total de los síntomas y, especialmente, de las alteraciones del funcionamiento personal y social que caracterizan habitualmente a este tipo de trastornos (4, 11, 12).

c. Pero también, y este es un sentido especialmente importante en este colectivo y en el de otros afectados por enfermedades crónicas, podemos utilizar la palabra “recuperación” para referirnos a la posibilidad de recuperar o alcanzar una vida satisfactoria y dotada de sentido, incluso aunque persista la enfermedad y con ella determinados niveles de sintomatología y discapacidad (1-9).

Esos distintos significados se mezclan y confunden a veces cuando hablamos de recuperación de personas con trastornos mentales graves. De manera más específica y siempre en relación con este colectivo, nos encontramos hoy en la literatura profesional relacionada con el tema, con dos “modelos” o visiones de la recuperación, que pueden considerarse como alternativos pero que nosotros preferimos ver como complementarios (3-8).

Por una parte, la que podríamos denominar *visión profesional*, que a veces se denomina “recuperación de la enfermedad” o “recuperación como resultado” (3, 8-12), basada en la evidencia clínica y especialmente epidemiológica (13, 14) y que tiende a relacionarse con el efecto de las intervenciones profesionales, tanto farmacológicas como de rehabilitación psicosocial (15).

Y por otra, la *visión de las personas directamente afectadas* por el problema (3-10, 16, 17), que se traduce por las expresiones de “recuperación en la enfermedad” o “recuperación como proceso”, se basa en relatos personales y análisis cualitativos de experiencias directas de recuperación y que enfatizan los aspectos subjetivos y el papel de la autoayuda, los cuidados informales y la iniciativa personal, así como de aspectos de “psicología positiva” (resiliencia, esperanza, autoconfianza, etc.) (1, 4, 9, 16-20).

En ambos sentidos o visiones de la recuperación el *empleo* aparece siempre como un elemento de particular relevancia (2, 4, 9, 15, 21-26). Por un lado, porque debemos considerarlo como un indicador o medida de resultado de la misma, ya que tener un empleo en nuestras sociedades es un claro criterio de ciudadanía e inclusión social, que exige a su vez unos niveles razonables de funcionamiento. Y, por otro, porque es a la vez un factor clave en el proceso de recuperación,

teniendo en cuenta lo que sabemos, desde la investigación empírica pero también desde los relatos personales de procesos o itinerarios de recuperación, sobre los efectos que la rehabilitación vocacional y el empleo tienen en distintos aspectos de la vida de las personas con este tipo de problemas (20-31).

Las personas con trastornos mentales graves y el empleo

Hablamos de personas con *trastornos mentales graves* y aunque parece que nos entendemos, no siempre el concepto está claro para quienes lo oyen e incluso para quienes lo emplean. Para nosotros se trata de un grupo de personas no muy numeroso pero sí muy importante, por sus problemas y dificultades, pero también porque hay soluciones disponibles para muchas de ellas y, sin embargo, la brecha que separa estas posibilidades y su situación habitual sigue siendo enorme (2).

Según la definición clásica (2, 32) se trata de personas identificadas por tres factores: el diagnóstico (esquizofrenia, psicosis afectiva, trastornos graves de personalidad, etc.), la duración prolongada y la discapacidad. En nuestro caso (Servicios de Salud Mental de Andalucía) (33), como puede verse en el Cuadro 1, utilizamos una definición que incorpora criterios de necesidades de atención. Precisamente esos criterios tienen en cuenta que la atención a estas personas ha experimentado importantes cambios conceptuales y técnicos en las últimas décadas, cambios que se relacionan con lo que hemos denominado *paradigma tecnológico de la Atención Comunitaria en Salud Mental* (2), cuyas características generales, tal y como las entendemos nosotros, intenta resumir el Cuadro 2.

En el terreno de los conceptos o constructos sociales, porque pretendemos pasar de identificarlos como locas o locos peligrosos o personas definidas por su enfermedad, a considerar que lo que les define es su carácter de *ciudadanos y ciudadanas* con derechos y dificultades de ejercicio de los mismos. Dificultades que dependen de la enfermedad y la discapacidad consiguiente pero también, de manera muy significativa, de las barreras sociales ligadas al estigma y la discriminación (2, 34-36).

Y en el de las tecnologías organizativas y de intervención, porque también estamos pasando de las grandes instituciones asilares o una atención exclusivamente sanitaria y de finalidad paliativa a sistemas de atención comunitaria, que hacen énfasis en redes de servicios e intersectorialidad (Salud, Servicios Sociales, Empleo, Educación, Justicia, etc.), pretenden conseguir objetivos de recuperación y fomentan la participación individual y colectiva de las personas afectadas que, en este caso, incluyen dos grupos diferenciados: los propios usuarios y usuarias de los servicios y sus familiares (2).

En este marco los *programas de empleo* para personas con este tipo de problemas pueden verse también desde una doble perspectiva (31), ya que pueden considerarse, por un lado, como una prolongación de la atención sanitaria y en concreto de los programas de rehabilitación psicosocial. Pero también hay que verlos, en el contexto de sociedades basadas en modelos de Estado del Bienestar que buscan objetivos de pleno empleo, como la aplicación de políticas de empleo a un colectivo específico con grandes carencias y dificultades en este área. Aunque este último aspecto sufra en la actualidad las negativas repercusiones de la crisis económica que nos afecta en estos últimos años.

En ese marco, una estrategia razonable que pretenda promover el empleo de personas con este tipo de problemas debe tener en cuenta una serie de aspectos concretos que vamos a intentar resumir brevemente a continuación (2, 21, 31, 37-47).

El primero es el de las *funciones* que el empleo juega en la vida de todas las personas, pero especialmente de aquellas que se ven afectadas por este tipo de problemas. Por un lado, en tanto que actividad (estimulo cognitivo, organizador de la vida cotidiana y vehículo de relaciones sociales), pero también como fuente de ingresos económicos y especialmente como garantía de un papel social activo, con su correspondiente valoración social y mejora de la autoestima. Aspectos que parece lógico considerar importantes para favorecer la recuperación de dichas personas y que además van siendo progresivamente confirmados en distintos estudios experimentales (15, 22-31, 37-40).

El segundo es, por contraposición, el de las *dificultades* múltiples que estas personas presentan al respecto. Dificultades que derivan de los diversos aspectos de su funcionamiento que resultan afectados por la enfermedad y la discapacidad asociada (cognitivos, afectivos, sensitivos, relacionales) y de su extraordinaria variabilidad personal y evolutiva (2, 31, 36, 38-41), pero también de la afectación temprana de condiciones básicas para la actividad productiva como son la educación, las habilidades sociales y las actitudes hacia el empleo. Aspectos a los que hay que añadir las interferencias que puede producir el propio proceso de atención (medicación, tiempo de tratamiento...) y sin olvidar el efecto múltiple del estigma dentro y fuera del mercado laboral (35, 48). Dificultades que traducen suficientemente las cifras habituales de desempleo que afectan al colectivo en distintos países y que suelen superar ampliamente el 85% del mismo (4, 31, 41).

Pero también, para completar la visión de la utilidad y las dificultades, tenemos que tener en cuenta la *experiencia acumulada* sobre distintas estrategias y programas dirigidos a mejorar el empleo del colectivo, aspecto que intentamos resumir, con sus aspectos positivos y negativos en el Cuadro 3 (31, 42, 43). Intentando aprender tanto de sus éxitos como de sus fracasos, podemos valorar, en primer lugar, la escasa efectividad de aproximaciones tradicionales como las de las laborterapias institucionales o los empleos protegidos, "Terapia Industrial", o Talleres ocupacionales, a la hora de conseguir empleos estables para las personas con trastornos mentales graves (25, 26, 33). Pero también la existencia de tres tipos de estrategias o programas que tienen algún tipo de utilidad comprobada.

En primer lugar, los programas de *rehabilitación vocacional*, prolongación de los de rehabilitación psicosocial general mediante actividades de orientación, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, formación profesional, empleo de transición, etc. (41, 44) Actividades que parecen útiles para dar un empujón inicial hacia el empleo pero tienen dificultades para garantizar su mantenimiento por sí solas.

Como alternativa a estos, en los últimos 15 años se desarrollan experiencias de *empleo con*

apoyo, fundamentalmente en Estados Unidos, con estrategias de búsqueda rápida y apoyo flexible y de larga duración en el puesto de trabajo (29, 41, 45-47). Experiencias que intentan generalizar intervenciones probadas en otros colectivos con discapacidad y que cuentan con importante evidencia experimental, al menos en su contexto de origen, aunque pueden presentar algunas dificultades de adaptación a otros países. Este último aspecto, que fue siempre el foco principal de la crítica europea a este tipo de programas, empieza sin embargo a relativizarse con la publicación de resultados de estudios experimentales en Canadá (49) y Europa (50, 51), que muestran su buen funcionamiento también en estos contextos, al menos en lo que respecta al acceso al empleo y su mantenimiento en los primeros años.

Y, finalmente, en el contexto europeo, las experiencias de desarrollo de *empresas sociales* que tratan de encontrar una síntesis entre la especificidad del empleo protegido y las ventajas integradoras del empleo en empresas reales (51-57). Aunque no hay todavía estudios experimentales, al menos publicados, al respecto, sí hay un número importante de experiencias, muchas de ellas agrupadas en CEFEC^a, que muestran su utilidad para facilitar empleo sostenido a personas con este y otros tipos de discapacidad.

La experiencia de Andalucía

Después de esta somera revisión teórica, quiero presentar alguna información sobre nuestra limitada, pero creemos que interesante, experiencia de construir un sistema que apoye el empleo de personas con este tipo de problemas en un territorio cercano: la Comunidad Autónoma de Andalucía. Experiencia que no pretendemos ofrecer como un “modelo” a imitar, sino como una aproximación global y a la vez concreta para intentar mejorar una situación hasta ahora deficiente en el conjunto de territorios del Estado español y, en concreto, en Andalucía. Comunidad Autónoma que, como es sabido, tiene rasgos comunes pero también específicos en relación con las restantes Comunidades que componen el Estado.

Recordando algunas cosas ya conocidas, Andalucía, con ya algo más 8 millones de personas ha sido tradicionalmente una región atrasada, en términos económicos y sociales, con una tasa de desempleo general y unos ingresos per capita que se mantienen, respectivamente, la primera claramente por encima y los segundos por debajo de las correspondientes tasas medias del Estado. Pero también es una región que ha experimentado un desarrollo importante en las últimas décadas, asociado al proceso general de democratización, descentralización e integración en Europa posterior al final de la dictadura, pero también a un énfasis sostenido en políticas sociales y el desarrollo de servicios públicos.

Un aspecto parcial pero importante de ese desarrollo es el proceso de *Reforma Psiquiátrica* (58-60), puesto en marcha en 1984 y que ha permitido cerrar progresivamente los 8 Hospitales Psiquiátricos públicos y generar un nuevo sistema, basado en principios de Atención Comunitaria en Salud Mental, con una red de servicios sanitarios integrados en el Sistema sanitario general (*Servicio Andaluz de Salud*), que se coordina con una red de recursos de apoyo social, dependientes de la ya mencionada *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)*.

La Fundación, que depende de los departamentos gubernamentales (Consejerías de la Junta de Andalucía) de Salud, Igualdad y Bienestar Social, Empleo y Economía y Hacienda, dispone de distintos programas para personas con trastornos mentales graves, en áreas como el alojamiento, la ocupación, las tutelas, el apoyo a los movimientos asociativos de familiares y usuarios y, aspecto sobre el que vamos a centrar nuestra intervención, el empleo (60, 61).

En ese contexto, nosotros entendemos que el empleo de personas con trastorno mental grave precisa de la articulación de distintas estructuras, con funciones específicas, que deben coordinarse para atender a personas concretas (Cuadro 4) (31, 42, 43, 62, 63), e integrarse en un abordaje global, sociosanitario de su atención, regida por

^a Confederación Europea de Empresas Sociales, Iniciativas de Empleo y Cooperativas, organización no gubernamental que asocia organizaciones de 15 países europeos (56, 57).



un protocolo común de actuación, denominado en el caso de Andalucía “*Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*” (33):

1. Los *servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público*, especialmente los Equipos Comunitarios y las Unidades de Rehabilitación, que deben garantizar una atención sanitaria correcta, centrada en la recuperación y el desarrollo de habilidades necesarias para la vida social, así como dando un primer impulso y orientación sobre el empleo (2, 33).
2. Los *Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo* (SOAE) dependientes de FAISEM y coordinados con el Servicio Andaluz de Empleo y que facilitan orientación, rehabilitación vocacional, formación profesional y apoyo en la búsqueda y mantenimiento del empleo. Aseguran además la coordinación del conjunto de estructuras e intervenciones no sanitarias (2, 33).
3. Una red de *Talleres ocupacionales* que cumplen funciones diversas, entre ellas la de servir de espacio previo al del empleo. Pese al debate que rodea este tipo de instituciones y a sus riesgos de institucionalismo y bloqueo de alternativas estrictamente laborales, nosotros pensamos que sigue siendo útil como un elemento más de una red orientada a la recuperación (2, 31, 40, 42, 62).
4. Las *Empresas Sociales*, dirigidas desde una empresa instrumental (Iniciativas de Empleo Andaluzas Sociedad Anónima) y que facilitan empleo estable a un número todavía pequeño pero importante en nuestro contexto, a la vez que sirven de ejemplo práctico y especie de “escaparate” del conjunto del programa (31, 55, 62, 63).
5. Las *iniciativas de empleo en empresas generales*, apoyadas desde los SOAE que empezaron con una metodología inespecífica similar a la utilizada con otros colectivos, pero que ahora pretendemos orientar de acuerdo a los procedimientos estrictos del empleo con apoyo: mayor contacto con los servicios de salud mental, mayor atención a las preferencias de las personas y mayor intensidad y duración del apoyo personalizado (31, 42, 45, 47, 63, 64).

En referencia a finales del año 2008 (61), las cifras de personas atendidas en este programa son, tal y como recoge el Cuadro 5, las siguientes:

1. Los 8 Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo han atendido un total de 2.544 personas con trastornos mentales graves, derivadas desde los servicios de salud mental para las distintas prestaciones del programa, incluyendo también actividad ocupacional. En relación con las que se orientaron hacia el empleo, consiguieron 881 contratos en distintas empresas para 321 de dichas personas. La mayoría son contratos de corta duración, en el 60% de los casos inferiores a 3 meses, aunque puedan repetirse en una misma persona, y 40 de ellos son indefinidos.
2. Con las 2.589 plazas teóricas con que cuentan los 115 talleres ocupacionales se atiende, de manera regular, a 2.215 personas con trastornos mentales graves, si bien en la mayoría de los casos los objetivos a conseguir con ellas son más de rehabilitación en general que estrictamente de empleo.
3. Algo más de 200 de esas personas han seguido cursos específicos de Formación profesional, de los que el 30% han finalizado con algún tipo de contrato laboral (incluido en los contabilizados en el apartado primero).
4. Las 9 Empresas Sociales dan empleo estable a un total de 487 trabajadores de los que 250 tienen un trastorno mental grave y 135 algún otro tipo de discapacidad. Con respecto a las personas con trastorno mental grave, más de la mitad de las mismas llevan al menos 5 años seguidos trabajando en las empresas.

A finales de año se ha iniciado en 3 provincias un proyecto específico de empleo con apoyo, que busca comprobar la utilidad de esta metodología y, en su caso, extenderla luego al funcionamiento general de los Servicios de orientación. Si bien su desarrollo se ha visto afectado, como en general el conjunto del programa, por el desarrollo de la crisis económica que está reduciendo las contrataciones de este año alrededor de un 20% con relación a las reflejadas en el cuadro.

Sistema que pretende funcionar de manera dinámica e individualizada mediante lo que denominamos “*itinerarios personales hacia el empleo*” como intenta mostrar el Cuadro 5.

Algunas conclusiones y perspectivas de futuro

Para finalizar la exposición y a modo de conclusión hay dos aspectos a los que quiero hacer referencia, en la medida en que implican posiciones de cara al futuro.

El primero es el de la valoración general que podemos hacer de nuestra experiencia y las líneas de trabajo previstas para el futuro inmediato. En general creemos que el programa en su conjunto ha permitido dos cosas importantes: demostrar que el empleo de un número significativo de personas con trastorno mental grave es posible en nuestro contexto y, a la vez, mejorar la situación de un número pequeño pero importante de personas concretas, que han visto significativamente aumentadas sus perspectivas de ciudadanía y recuperación personal.

Pero también la experiencia de estos años permite ver que todavía queda mucho por hacer para llegar a un porcentaje creciente del colectivo. Para ello intentamos trabajar especialmente en varias líneas:

1. La de mejorar la coordinación con los servicios de salud mental, para que sus profesionales incorporen a la rutina asistencial la necesidad de evaluar, estimular y apoyar a sus pacientes en el área del empleo, incluyendo la conservación del puesto de trabajo de aquellos que lo tienen.
2. La de impulsar a su vez la coordinación con las políticas y servicios generales de empleo, para que den cabida a personas con este tipo de problemas, reservando las intervenciones y servicios especializados para aquellos casos de mayor complejidad.
3. La de mejorar también la actuación de nuestros SOAE, para aumentar la calidad de su atención, con énfasis en la corrección de dos problemas no resueltos: el de las mujeres y el de la población de ciudades pequeñas y zonas rurales. En esta dirección acaba

de terminar un proyecto dentro de la iniciativa EQUAL, orientado de manera prioritaria a ambas poblaciones y cuyos primeros resultados parecen indicar que esta es una tarea posible (61).

4. Seguir desarrollando empresas sociales, diversificando actividades y creciendo en capacidad de empleo.
5. Y terminar el proyecto experimental de empleo con apoyo, en empresas generales, replicando programas con evidencia empírica, lo que esperamos nos ayude a mejorar el funcionamiento general de los SOAE.

Y finalmente, quiero terminar con algunas reflexiones más generales sobre la necesidad de impulsar políticas globales en este área, tanto a nivel del conjunto del Estado como de la Unión Europea, especialmente en relación con los países con menos desarrollo de las mismas, tanto de antigua como de nueva incorporación. Reflexiones que retoman una reciente publicación de CEFEC (“*The Linz Appeal*”) (57), en la medida en que sus recomendaciones coinciden básicamente con las nuestras (31).

En ese sentido, los programas de apoyo al empleo de este colectivo, si quieren ser efectivos para un número significativo de personas, deben tener en cuenta:

1. La necesidad de articularse con el conjunto de la atención sanitaria y social, que debe a su vez centrarse en la recuperación y búsqueda de la inclusión social y la plena ciudadanía de dichas personas y no en su cuidado meramente paliativo.
2. La necesidad de articular políticas y programas generales con otros específicamente adaptados a las especificidades del colectivo.
3. La necesidad de contar con equipos profesionales especializados en la orientación, la rehabilitación vocacional y el apoyo al empleo.
4. La utilidad de las empresas sociales como una vía importante de acceso al empleo, siempre que se apoye su desarrollo mediante medidas legislativas, financieras y de apoyo técnico especialmente en sus fases iniciales.



5. Pero también la necesidad de coordinar esa vía con la del empleo en empresas generales, siempre que se cuente con equipos específicos para el seguimiento y el apoyo de larga duración.

Y por último, la necesidad de seguir incidiendo, utilizando los resultados de empresas y programas exitosos, en la modificación de actitudes sociales, para lo que es esencial una buena política de comunicación e interacción social, así como de evaluación sistemática e investigación sobre la efectividad de los distintos programas.

La tarea no es fácil y la prueba es la insuficiencia de estos programas y de sus resultados reales, en términos de tasas de empleo de este colectivo, incluso en países con mayores niveles de desarrollo general y de políticas de salud mental. Pero pensamos que es necesaria y posible, a la luz de los conocimientos teóricos y técnicos acumulados así como de pequeñas y no tan pequeñas experiencias desarrolladas en estos años. Tarea, en todo caso, ilusionante y en la que esperamos seguir encontrándonos con distintos profesionales, grupos e instituciones interesados en el tema, intercambiando información y sumando experiencia y apoyo recíproco.

Correspondencia:

Marcelino López

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

Avenida de las Ciencias, 27. Acc. A • 41020 Sevilla. España

Tfno.: 0034 955 007 500 • Fax: 0034 955 007 525

correo electrónico: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

Referencias bibliográficas

1. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosoc Rehabil J*, 1993, 16:11-23.
2. López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista AEN*, 2007, 27, 99:187-223.
3. Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. *Psychiatr Bull*, 2007, 31:321-325
4. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatr*, 2009, 22:374-380.
5. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev*, 2008, 28, 7:1108-1124.
6. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health*, 2007, 16:1-12.
7. Davidson L, Lawless MS, Leary F. Concepts of recovery: competing or complementary? *Curr Opin Psychiatr*, 2005, 18, 6:664-667.
8. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull*, 2006, 32:432-442.
9. 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, 1:9-22.
10. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Adv Psychiatr Treat*, 2004, 10:37-49.
11. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder Sr, Weimberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatr*, 2005, 162:441-449.
12. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatr*, 2002, 14:256-272.
13. Calabrese J, Corrigan PW. Beyond dementia praecox: findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. En Ralph RO, Corrigan PW. *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness*. American Psychological Association, 2005.

14. Harding CM. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. En Cohen CI (Ed.). *Schizophrenia into later life*. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2003:19-41.
15. Velligan DI, Gonzalez JM. Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Clin North America*, 2007, 30:535-518.
16. Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Mezzina R, Sells D. Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study. *Am J Psychiatr Rehabil*, 2005, 8:177-201.
17. Deegan P E. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*, 1988, 11, 4:11-19.
18. Harrow M, Jobe TH. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis*, 2007, 195, 5:406-414.
19. Roe D. Progressing from patienthood to personhood across the multidimensional outcomes in schizophrenia and related disorders. *J Nerv Ment Dis*, 2001, 189, 10:691-699.
20. Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, Davidson L. Others: the role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Am J Psychiatr Rehabil*, 2006, 9:17-37.
21. Roe D, Yanos PT, Lysaker PH. Coping with psychosis: an integrative developmental framework. *J Nerv Ment Dis*, 2006, 194, 12:917-924.
22. 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. *Psychiatr Rehabil J*, 2008, 32, 1:59-62.
23. Krupa T. Employment, recovery and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatr Rehabil J*, 2004, 28, 1:8-14.
24. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa J, Wolfe R. Work, recovery and Comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophr Bull*, 2009, 35, 2:319-335.
25. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*, 1997, 185, 7:419-426.
26. Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*, 2002, 26, 2:132-144.
27. Van Dongen CJ. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Ment Health J*, 1996, 32, 6:535-547.
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. *Psychiatr Serv*, 2000, 51, 2:229-233.
29. 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? *J Consult Clin Psychol*, 2001, 69:489-501.
30. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004, 39:337-349.
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 AEN*, 2004, 89:31-65.
32. Ruggeri, M, Leese, M, Thornicroft G, Bisoffi K, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*, 2000, 177: 149-155.
33. Consejería de Salud. *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla, Consejería de Salud, 2006.
34. Corrigan PW, Penn D. Disease and Discrimination: two Paradigms that describe severe mental illness. *J Ment Health*, 1997, 6, 4:355- 366.
35. 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 AEN*, 28, 101:43-83.
36. López M, Laviana M, López A, Tirado C (2007). El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 4, 1-2:11-27.
37. Lehman AF, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden L, Kreyenbuhl J. Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin North America*, 2003, 26:939-954.
38. Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull*, 2000, 26, 1:87-103.
39. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2001, 27: 281-296.



40. Rosen A, Barfoot K. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. En Thornicroft G, Szukler G. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001:295-308.
41. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: a systematic review. *Br Med J*, 2001, 322: 204-208.
42. 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.
43. López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En Cangas A, Gil J, Peralta V. *Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación*. PSICOM Editores, 2006, Capítulo 16.
44. Comunidad de Madrid. *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14, 2001.
45. 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.
46. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 2008, 31, 4:280-290.
47. Bond GR, Becker DR, Drake R, Rapp Ch, Meisler N, Lehman A et al. Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatr Serv*, 2001, 52 (3): 313-322.
48. Seeman MV. Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatr Q*, 2009, 80:9-16.
49. 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. *Br J Psychiatry*, 2006, 189:65-73.
50. 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.
51. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsis 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. *Schizophr Bull*, 2009, 35, 5:949-958.
52. Gallio G. *Nell'Impresa Sociale*. Trieste, Per la salute mentale, 1987.
53. Grove B, Freudenberg M, Harding A, O'Flynn D. *The Social Firm Handbook*. Brighton, Pavilion, 1997.
54. Warner R, Mandiberg J. An update on affirmative businesses or Social Firms for people with mental illness. *Psychiatr Serv*, 2006, 57, 10: 1488-1492.
55. López, M, Álvarez, F y Laviana, M. Empresas Sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista AEN* 1998, 18, 68:735-747.
56. López M. Economía social y empleo de personas con problemas de salud mental. Informe sobre la XIX conferencia de CEFEC. *Rehabilitación Psicosocial*, 2006, 4, 2: 1-5.
57. 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.
58. Instituto Andaluz de Salud Mental. *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990*. Sevilla, IASAM, 1988.
59. 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.
60. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Act Psiquiat Psicol Am Lat*, 2004, 50, 2: 99-109.
61. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Memoria de actividades 2008*. (www.faisem.es).
62. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral*. Documentos de Trabajo, nº 2 (2ª Edición). Sevilla, FAISEM, 2005. (www.faisem.es).
63. 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).
64. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull*, 1997, 40:265-284.

• Recibido: 28-11-2009.

Cuadro 1. Definición de trastorno mental grave en el Proceso Asistencial Integrado TMG (Servicios de Salud Mental de Andalucía) (33)

Persona que:

- Presenta sintomatología psicótica o prepsicótica, lo que:
 - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
 - Distorsiona la relación con los otros.
 - Supone o puede suponer riesgo para su vida.
 - Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (discapacidad).
- Necesita abordaje complejo, incluyendo:
 - Atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
 - Atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial).
 - Intervenciones sobre el medio social y familiar.
- Presenta una evolución prolongada con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención.

Incluye diagnósticos de Esquizofrenia y otras Psicosis Delirantes, Psicosis Afectiva y Trastorno Límite de Personalidad.

Cuadro 2. Características básicas de la atención comunitaria en salud mental (2)

Planteamientos de Salud Pública:

- Compromiso de atención a territorios y poblaciones concretas.
- Criterios epidemiológicos:
 - Enfoque poblacional.
 - Prioridades de atención.

Filosofía de la rehabilitación:

- Interés centrado en la autonomía y la funcionalidad social de las personas:
 - Énfasis en sus capacidades.
 - Respeto a sus intereses y expectativas.
- Mediante una atención integral:
 - Prevención, tratamiento, rehabilitación (en sentido estricto) e inclusión social.

Red de dispositivos (sanitarios y no sanitarios):

- Substituye y no solo complementa los Hospitales Psiquiátricos.
- Sitúa la mayoría de sus componentes en los “contextos de vida” de las personas.
- Facilita un conjunto de prestaciones, accesibles y adaptables a las necesidades individuales.

Funcionamiento basado tanto en el trabajo en equipo, y la participación:

- Coordinación y continuidad de cuidados:
 - Profesionales.
 - Usuarios y usuarias.
 - Familiares.
 - Otros grupos sociales.

Cuadro 3. Evolución de los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves (31, 42, 43)

Niveles	Dispositivos	Funciones
Laborterapia institucional	Actividad laboral y pseudolaboral en instituciones psiquiátricas.	Organización específica. Desvalorizada e institucionalizadora.
Empleo protegido	Actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos.	Organización específica en entornos protectores. Habitualmente no laboral y con escasos resultados.
Rehabilitación vocacional	Programas específicos para acceder a un empleo: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación. • Entrenamiento en búsqueda. • Formación profesional. • Empleos de transición. 	Buen resultado como entrenamiento para 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 positivos (40-60%) en experiencias en Estados Unidos. Dificultades en países con alto desempleo y 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 sin comprobación experimental.

Cuadro 4. Niveles y dispositivos para favorecer el empleo en Andalucía (62, 63)

Niveles	Dispositivos	Funciones
Sanitario	Equipos / Centros de Salud Mental. Unidades de Rehabilitación.	Tratamiento. Rehabilitación. Orientación general.
Ocupación Prelaboral	Talleres / Centros ocupacionales.	Hábitos básicos. Actividad no laboral.
Formativo	Proyectos / Cursos de formación.	Formación básica. Formación profesional.
Laboral	Empresas Sociales. Equipos de Apoyo al empleo.	Empleo de transición. Empleo.
Coordinación general	Servicios de Orientación y Apoyo.	Evaluación. Orientación. Apoyo. Coordinación del programa.

Cuadro 5. La situación de los programas de empleo en Andalucía. 2007 (61)

Programas	Dispositivos		Plazas o personas atendidas	
	Nº	Tipo		
Ocupacional	115	Talleres Ocupacionales.	2.589	Plazas (31,9 / 100.000) Personas adscritas.
			2.215	
Laboral	8	Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo.	2.544	Personas atendidas.
			881	Contratos en empresas.
	49	Cursos Formación Empleo.	207	Alumnos y alumnas.
	9	Empresas Sociales.	250	Trabajadores/as con enfermedad mental.
			135	Trabajadores/as con discapacidad.
			102	Trabajadores/as sin discapacidad.
			487	Total trabajadores.

Cuadro 6. Características básicas de un itinerario personal hacia el empleo

